Rok XLI. Kraków, 3 Maja 1902. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-fizyologicznej szpitala wojskowego w Moskwie.

Ośrodek odruchowy gruczołów trawieńcowych.

Podał

Dr. L. Popielski.

Docent fizyologii.

Pracę niniejszą przedsięwziąłem w celu oznaczenia siedziby ośrodka odruchowego gruczołów trawieńcowych. Wszystkie poszukiwania i doświadczenia moje przeprowadziłem na psach. Pierwszem zadaniem mojem było sprawdzenie, czy czynność gruczołów trawieńcowych w istocie odbywa się na drodze odruchowej. W tym celu założyłem psu przetokę żołądkową i rozciąłem przełyk (oesophagotomia); podczas ostatniej operacyi przeciąłem także jeden nerw błędny [1]). Po niejakim czasie przeciąłem i drugi nerw błędny dla usunięcia wpływu psychicznego, a następnie przystąpiłem do doświadczeń: lewatywy z bulionu nie wywoływały wydzielania się soku żołądkowego, chociaż wchłanianie w odbytnicy do krwi ma miejsce. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia pytania wykonałem następujące doświadczenie, do którego użyłem psa z przetoką żołądkową, rozcięciem przełyku i przeciętymi nerwami błędnymi na szyi dla wykluczenia wpływu psychicznego na wydzielanie soku żołądkowego. Następnie wstawiłem do żyły udowej kaniulę i przez nią powoli wstrzykiwałem do krwi bulion, używany zwykle do hodowli bakteryj; po 15 minutach pies zaczął się oblizywać i w górnej części przeciętego przełyku pojawiła się w nieznacznej ilości ślina; jednocześnie z przetoki żołądkowej zebrałem 3 krople płynu oddziaływania kwaśnego, poczem wydzielanie się zupełnie ustało tak, że podczas następnych dwóch godzin nie otrzymałem już więcej wydzieliny z przetoki żołądkowej. Natomiast, gdy zacząłem wlewać bulion do żołądka, nastąpiło obfite i długotrwałe wydzielanie się soku żołądkowego. Z doświadczeń tych wynika, że czynność gruczołów trawieńcowych powstaje na drodze odruchowej.

Należało teraz oznaczyć siedzibę ośrodka nerwowego zapomocą którego odbywa się czynność gruczołów trawieńcowych. Ośrodek ten nie leży w mózgu, albowiem wydzielina następuje pomimo przecięcia obydwóch nerwów błędnych na szyi. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy nie leży ośrodek ten w rdzeniu pacierzowym, wykonałem następujące doświadczenie: założyłem u psa przetokę żołądkową i usunąłem rdzeń pacierzowy od 11-go kręgu piersiowego na dół do kości krzyżowej. Na drugi dzień w celu nakarmienia psa wprowadziłem do żołądka mięso, które zupełnie zostało strawione: po upływie 10 godzin otrzymałem z żołądka kilka sześciennych ctm. płynu kwaśnego, z wybitną własnością, trawienia włóknika; płyn ten po zagotowaniu tracił własności trawiące. Ponieważ pies zupełnie nie chciał spożywać pokarmu, nie mogło więc być mowy o wpływie psychicznym na czynność gruczołów trawieńcowych. Na trzeci dzień po dokonanej operacyi pies chciwie jadł mięso: wtedy dla usunięcia wpływu psychicznego (a więc mózgu) przeciąłem obydwa nerwy błędne: mięso, włożone do żołądka, zostało przetrawione równie dobrze, jak przedtem. Stwierdziwszy, że ośrodek nie leży w części rdzenia pacierzowego poniżej kręgu 11-go piersiowego, należało się teraz przekonać, czy nie znajduje się on w dużych zwojach splotu trzewnego, w rdzeniu pacierzowym powyżej 11-go kręgu piersiowego. W tym celu celu usunąłem u psa splot trzewny; po 2—3 miesiącach założyłem przetokę żołądkową i usunąłem rdzeń pacierzowy poniżej 11-go kręgu piersiowego. Po upływie 2—3 dni przeciąłem na szyi obydwa nerwy błędne *(nn. vago-sympathici)*; mięso, włożone do żołądka tak operowanego psa, zostało przetrawione zupełnie; czasami po skończonem trawieniu mogłem wydobyć z żołądka 2—3 sześciennych ctm. płynu kwaśnego, mniej więcej przeźroczystego, z wybitnemi własnościami trawiącemi. Ponieważ u psa takiego przy usuwaniu splotu trzewnego przecięte zostały i nerwy trzewne *(nn. splanchnici)*, to oczywiście części rdzenia powyżej 11-go kręgu piersiowego nie mogły okazywać żadnego wpływu na odruchową czynność gruczołów trawieńcowych.

Rdzeń pacierzowy odosobniałem od żołądka jeszcze w sposób następujący: wyciąłem obydwa nerwy spółczulne w jamie brzusznej psa, począwszy od przepony piersiowej aż do kręgów krzyżowych. Po upływie 4-ch miesięcy usunąłem splot trzewny i założyłem przetokę żołądkową: trawienie w żołądku odbywało się w sposób zupełnie prawidłowy. Rdzeń pacierzowy wysyła do narządów brzusznych nerwy zapomocą gałązek spólniczących *(rami communicantes)* które przy usuwaniu nerwów spółczulnych oczywiście były przecięte, a więc rdzeń pacierzowy tego psa nie mógł wywierać żadnego wpływu na czynności gruczołów trawieńcowych. Dla usunięcia wpływu psychicznego przeciąłem nerwy błędne na szyi, przyczem w czynności gruczołów trawieńcowych nie zaszła żadna wybitna zmiana, mięso zostało strawione zupełnie. Na szósty dzień pies ten zginął z przyczyny przypadkowej. Szwy z rany skórnej brzucha przez nieostrożność zostały usunięte zawcześnie, wskutek czego nastąpiło zapalenie otrzewnej.

Nasuwało się teraz pytanie, czy wydzielanie soku żołądkowego w powyższych doświadczeniach nie było wydzieliną porażenną (paralityczną), podobną do tej, którą widzimy w gruczole podszczękowym po przecięciu struny bębenkowej *(chordae tympani)*. Ze względu na to, że wydzielina nastę-

[1]) Patrz. »Wracz«, Nr. 50-y 1901 r.

powała tylko podczas trawienia, że przed wkładaniem pokarmu oddziaływanie soku żołądkowego było zasadowe, wynika niewątpliwie, że wydzielina soku żołądkowego była prawidłową.

Na zasadzie wyżej przytoczonych doświadczeń przychodzę do wniosku, że ośrodek odruchowy gruczołów trawieńcowych nie znajduje się w mózgu, ani w rdzeniu pacierzowym, nie leży w zwojach splotu trzewnego, jak również w zgrubieniach brzusznych nerwów spółczulnych, a więc ośrodek ten musi mieć swoją siedzibę w samym żołądku, w ścianach jego, w których histologowie już oddawna wykazali obecność całego szeregu zwojów nerwowych. Zatem podobnie, jak to wykazałem dla trzustki, na gruczołach trawieńcowych mamy potwierdzenie zasady, wypowiedzianej przezemnie w r. 1896, że obwodowe komórki nerwowe mogą odgrywać rolę samodzielnych ośrodków nerwowych, uzdolnionych do czynności odruchowej.

Badanie swoje nad czynnością gruczołów trawieńcowych przytoczyłem tylko w krótkości: szczegóły, jakoteż i wnioski, wysnute przy roztrząsaniu zdobytego przezemnie materyału, ogłoszę w pracy obszerniejszej.

Przy wykonywaniu tych moich doświadczeń okazał mi czynną pomoc Dr. Cziczkin, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

II. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał

Dr. W. Jaworski

profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Dokończenie).

Oprócz wyżej wymienionych wód mineralnych leczniczych podałem jeszcze inne wody lecznicze ze składnikami organicznymi, dlatego nazywam je wodami leczniczemi organicznemi. A ponieważ ich działanie już dawniej przezemnie zostało opisane, przeto ograniczam się tu tylko na wymienieniu ich składników, zawartych w jednym litrze, posługując się nazwami łacińskiemi dla odróżnienia ich od wód leczniczych mineralnych[3]):

Aqua alcalina effervescens mitior: *natrii bicarbonici 5,0; natrii biborici 1,0; natrii salicylici 2,0.*

Aqua alcalina efferv. fortior: *natrii bicarbonici 8,0; natrii biborici 2,0; natrii salicylici 2,5.*

Aqua magnesiae efferv: *magnesiae carbonicae 5,0; magnesiae salicylicae 1,0.*

Aqua calcariae efferv. mitior: *calcii carbonici 2,0; calcii salicylici 2,0.*

Aqua calcariae efferv. fortior: *calcii carbonici 3,5; calcii salicylici 3,0.*

Opisane wody lecznicze[4]) zostały wypróbowane na zdrowych i chorych, a badania nad zachowaniem się ich pod względem stosunków osmotycznych są w toku. (Zobacz Tabele).

Obok picia wód leczniczych wielkie ma znaczenie równoczesne stosowanie kąpieli leczniczych. Już obecnie mamy w użyciu wiele sztucznych kąpieli leczniczych, jak kąpiele igliwiowe, aromatyczne, ziołowe, garbnikowe i t. d., które bywają stosowane w osobno do tego urządzonych zakładach. Do najważniejszych kąpieli należą jednak kąpiele słone i gazowe (nasycone kwasem węglowym), a zwłaszcza kąpiele gazowo słone. Wobec łatwości dostarczenia materyałów do kąpieli leczniczych, mogą one być łatwo urządzane w miejscach klimatycznych i uzdrowiskach, szczególniej zaś w zakładach wodoleczniczych. Na półtora odsetkową kąpiel słoną należy przeciętnie rozpuścić 3 kgr. soli kuchennej. Zbudowanie zbiornika na słone kąpiele nie przedstawia trudności. Kwas węglowy do nasycania kąpieli gazowych może być obecnie w walcach stalowych dostarczany w najodleglejsze miejscowości. Ogrzawszy połowę wody słonej, potrzebnej na jedną kąpiel, do 40°—50°C, a doprowadziwszy doń drugą połowę solanki sztucznej wprzód nasyconej kw. węglowym, ze zbiornika szczelnie dzwonem metalowym zamkniętego, otrzyma się gotową gazową kąpiel słoną. W razie potrzeby otrzymuje się łatwo kąpiel gazową zapomocą specyalnych soli Sandowa. Kąpielami temi można wspierać działanie wód leczniczych.

Korzyści i dogodności, jakie nastręcza stosowanie wód leczniczych są bardzo znaczne[5]):

1. Lekarz posiada w ręku przetwór leczniczy racyonalny, który może w zupełności zastosować do każdorazowego stanu chorobowego, tak pod względem składu chemi-

[3]) Wody lecznicze, zawierające salicylany, różowieją wystawione na światło, dlatego fabryka nazywa je »różowemi« (aquae roseae). Wody lecznicze mineralne znane są w fabryce jako »numerowane« i jako takie oznacza się je na recepcie liczbami rzymskiemi.

[4]) Wody lecznicze wyrabia dokładnie według przepisów za upoważnieniem autora fabryka wód gazowych pod firmą: K. Rzęca i Chmurski w Krakowie.

[5]) Omawiając stosunek wód zdrojowych do wód leczniczych, doszedłem w rozprawach: »Mineralwässer und Heilwässer« (Wien. med. Wochenschr. 1901 Nr. 1) i w rozprawie »Heilwässer und Heilwassertrinkstätten« (Wiener med. Presse 1902 Nr. 1, 2) do następujących wniosków:

»1. Badanie naukowe nie mogło wykazać dotąd w wodach zdrojowych żadnych swoistych własności, któreby nie były właściwe także sztucznym rozczynom solnym. Obydwa rodzaje rozczynów podlegają tym samym prawom przyrody. Przeciwne twierdzenie bywa rozszerzane z tendencyjnych powodów«.

»2. Nie można wykazać żadnej różnicy w działaniu na ustrój sztucznych rozczynów solnych, a wód zdrojowych. Badania doświadczalne nietylko nie wykazały różnic, lecz przeciwnie tożsamość działania rodzimych, a sztucznych rozczynów solnych«.

»3. Wody zdrojowe są to przetwory surowe *(medicamenta cruda)* składu przypadkowego i nieracyonalnego, które w obecnej terapii można postawić na równi z przestarzałymi płodami pochodzenia rodzimego«.

»4. Wyniki terapeutyczne z samego picia wód mineralnych są małe, lub złudne«.

»5. Jeżeli się zamierza wywrzeć wpływ leczniczy na ustrój zapomocą soli mineralnych, to można to uskutecznić zamiast wodami zdrojowemi, o wiele łatwiej zapomocą rozczynów działających soli o racyonalnym składzie, zastosowanym do patologicznych warunków, przy uwzględnieniu stanu rozszczepienia rozczynów solnych, czyli zapomocą wód leczniczych«.

»Nie należy przeto przemilczeć, że obecnie prawie wszędzie działanie lecznicze tak zwanego leczenia kąpielowego nie polega na wyłącznem używaniu wody zdrojowej, lecz na stosowaniu wszystkich terapeutycznych czynników i środków, jakimi pewne zdrojowisko rozporządza«.

»W istocie istnieją w dobrze prowadzonych zdrojowiskach imponderabilia, lecz nie należy ich szukać w wodzie zdrojowej, tylko w zbiorowem działaniu wszystkich naturalnych i sztucznych czynników leczniczych«.

Przegląd składu chemicznego leczniczych wód mineralnych 1902.

Nr.	Nazwa wody mineralnej leczniczej	Na_2CO_3 ($HNaCO_3$)	NaCl	KCl	Na_3PO_4	Mg CO_3 (H_2Mg2CO_3)	K_2SO_4	Na_2SO_4	Na Br	Na J	$2Fe_23P_2O_7$ 2 ($Na_4P_2O_7$)	AS_2O_3	Li_2CO_3 ($HLiCO_3$)	$CaCO_3$ (H_2Ca2CO_3)	Ca_32PO_4
I.	**Normalna**	**3,0** (4,71)	**5,5**	0,3	0.7	0,3 (0,53)	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
II.	**Alkaliczna** słabsza (4-stopniowa, 1/2-normalna)	**4,0** (6,3)	0,25	0,15	0,2	0,3 (0,53)	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
III.	**Alkaliczna** mocniejsza (8-stopniowa, normalna)	**8,0** (12,6)	1,0	0,1	0,1	0,8 (1,41)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV	**Słona** słabsza (8-stopniowa, normalna)	0,5 (0,79)	**8,0**	—		0,5 (0,88)	—	1,0	—	—	—	—	—	—	—
V.	**Słona** mocniejsza (13-stopniowa, 1 1/2-normalna)	0.5 (0,79)	**13,0**	—	—	1.0 (1,77)	—	0,5	—	—	—	—	—	—	—
VI.	**Alkaliczno-słona** (2 1/3-stopniowa 1/4-normalna)	**1,3** (2,1)	**1,0**	—	0,05	0,1 (0,17)	—	0,05	—	—	—	—	—	—	—
VII.	**Glauberska** mocniejsza (7 1/2-stopniowa, normalna)	0,3 (0,47)	0,5	0,2	—	1,5 (2,65)	—	**7,5**	—	—	—	—	—	—	—
VIII.	**Glauberska** alkaliczna słabsza (2 1/2-stopniowa, 1/2-normalna)	**1,4** (2,21)	1,0	—	—	0,1 (0,17)	0,1	**2,4**	—	—	—	—	—	—	—
IX.	**Magnowa** (7-stopniowa, 1 1/2-normalna)	—	0.3	0,1	—	**7,0** (12,3)	0,1	**7,5**	—	—	—	—	—	—	—
X	**Wapniowa** (2 1/2-stopniowa, 1/4-normalna)	—	**0,08**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**2,4** (3,7)	0,02
XI	**Litowa** (2-stopniowa, 1/2-normalna)	2,0 (3,16)	0,9	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	**2,0** (3,6)	—	—
XII.	**Jodowa** słabsza (1 1/2-stopniowa, 1/3-normalna)	1,0 (1 58)	0,4	0,1	0,3	—	—	—	—	**1,5**	—	—	—	—	—
XIII	**Jodowa** mocniejsza (4 stopniowa, 1/2-normalna)	0,5 (0,79)	—	—	0,5	—	—	—	-	**4,0**	—	—	—	—	—
XIV.	**Bromowa** słabsza (4-stopniowa, 1/2-normalna)	0,5 (0,79)	—	—	0.5	—	—	—	**4,0**	—	—	—	—	—	—
XV	**Bromowa** mocniejsza (9-stopniowa, normalna	0,5 (0,79)	—	—	0,5	—	—	—	**9,0**		—	—	—	—	—
XVI.	**Żelazista** (1-stopniowa, 1/3-normalna)	0,2 (0,31)	0,5	—	0,8	0,3 (0,53)	—	0,5	—	—	**1,0**	—	—	—	—
XVII.	**Arsenawa** (10-mgmowa, 1/4-normalna)	1,5 (2,37)	0,4	0,1	0,5	—	—	—	—	—	—	**0,010**	—	—	—
XVIII.	**Arseno-żelazista** (6-mgmowa, 1/3-normalna)	1,0 (1,58)	0,5	0,1	0.2	0,2 (0,35)	—	—	—	—	**0,5**	**0,006**	—	—	—

cznego, dawkowania, jakoteż stosunków osmotycznych, czyli wogóle pod względem działania farmakodynamicznego. Wody zaś mineralne są przetworami zanieczyszczonymi naleciałościami, jakimi muszą być zawsze w przyrodzie surowe produkty, a które w naszym przypadku nazywamy wodami zdrojowemi Jako wypluczyny najrozmaitszych warstw ziemi mają one skład zupełnie przypadkowy, przeto bardzo często i nieracyonalny, który zmienionym być nie może.

2. Wody lecznicze możemy przystosować do natężenia stanu patologicznego i do indywidualności chorego; możemy ich użyć według potrzeby w stanie rozcieńczonym i zgęszczonym. Możemy wody lecznicze nietylko rozcieńczać lecz i mięszać jedną z drugą, aby wprowadzić do niej nowy czynnik leczniczy, który jej działanie wspomaga albo jej przyswajalność ułatwia. Wody zdrojowej nie można uczynić skuteczniejszą przez zgęszczenie; natomiast odbywa się podniesienie działalności wód zdrojowych tylko do pewnego stopnia i w pewnych granicach, kosztem wprowadzania ich w wielkich ilościach do przewodu pokarmowego, co w wielu przypadkach nie wypada na korzyść ustroju. Mięszanie zaś wody zdrojowej z inną obcą jest nieracyonalne, a z rozmaitych innych względów niepożądane.

3. Leczenie wodami leczniczemi odbywa się najczęściej w domu, tak z powodu większej ich skuteczności, jakoteż i znacznej taniości w porównaniu z wodami zdrojowemi, zwłaszcza zagranicznemi; przytem należy zachować dyetetyczny i higieniczny tryb życia, stosownie do stanu patologicznego.

W nowszych czasach znaleziono w czynnikach klimatycznych środek, wpływający energicznie na czynności życiowe ustroju ludzkiego, i zaczęto je stosować do leczenia stanów chorobowych. Od wieków dostrzegano uspakajający wpływ klimatu morskiego na ustrój nerwowy, a wpływający także korzystnie na zołzy i krzywicę u dzieci. W klimacie zaś wysokogórskim odkryto potężny bodziec do podniecenia czynności i przemiany materyi w ustroju. Przy stosowaniu go jako środka leczniczego w zmianach gruźliczych i zapalnych przewlekłych narządu oddechowego, w wypocinach przewlekłych, w zmianach w składzie krwi, w zboczeniach w przemianie materyi, w niedomogach narządu trawiennego, mięśniowego i nerwowego, w niedorozwoju i w zołzach u dzieci i t. p., okazał się wpływ klimatu górskiego, w porównaniu do niezadowalniających wyników z używania wód zdrojowych zwłaszcza w domu, tak potężnym, że w wielu chorobach posyła się obecnie coraz więcej chorych, zamiast jak dawniej „do kąpiel", wyłącznie na leczenie klimatyczne. Stąd powstaje w naszych czasach coraz większa liczba uzdrowisk klimatycznych, zakładów leczniczych i sanatoryów, wznoszonych w korzystnych okolicach wysokogórskich, gdzie chorzy nie pijąc wcale wód

zdrojowych, odzyskują bardzo często zdrowie. Znaczna część chorych opuszcza też obecnie leczenie „kąpielowe“ a zwraca się do potężniejszego czynnika leczniczego, jakim jest racyonalnie prowadzone leczenie klimatyczne; prąd ten wzmaga się widocznie z roku na rok. To też o wiele skuteczniej działają wody lecznicze stosowane w sposób „kąpielowo-kuracyjny“, przy równoczesnem polecaniu czynników klimatycznych, wysyłając chorych do klimatu wysokogórskiego lub nadmorskiego, a przynajmniej w uzdrowiska albo zdrowe okolice wiejskie. Przedewszystkiem należy uwzględniać stacye klimatyczne, uzdrowiska i zakłady lecznicze dobrze urządzone i racyonalnie prowadzone. Zamiast narażać chorego na dalekie podróże i kosztowny pobyt w zdrojowiskach, gdzie chory odcięty od kraju rodzinnego czuje się osamotniony, korzystniej jest wyszukać mu na pobyt letni wyżej wymienionego rodzaju miejsce i polecić mu tam pić wodę leczniczą pod nadzorem lekarza. Mało bowiem napotykamy takich zdrojowisk, zwłaszcza zagranicznych, w którychby czynniki klimatyczne szły w parze z działaniem wody zdrojowej; gdyż zdroje nietylko mają przypadkowy skład chemiczny, ale wytryskają, nie troszcząc się o to, czy okolica jest zimna, czy ciepła, czy wysokogórska, czy bagnista i t. d.

Zrozumieć też łatwo, jak trudno przychodzi nieraz lekarzowi polecić choremu takie zdrojowisko, w któremby tak woda zdrojowa jak i czynniki klimatyczne były zarówno korzystne dla jego stanu chorobowego. Tak np. Franzensbad ma wodę zdrojową żelazistą jedną z najlepszych, lecz teren i stosunki klimatyczne bardzo niekorzystne. Do tych braków nie przyznają się zdrojowiska bezpośrednio, lecz pośrednio, polecając chorym „wyczerpanym“ przez drogą „kuracyę kąpielową“ jeszcze klimatyczne leczenie następowe (Nachcur), od którego właściwie powinienby był chory rozpocząć swą kuracyę.

Miejscowości, jakie możemy wybierać na pobyt letni dla chorych, odbywających kuracyę letnią wodami leczniczemi, są u nas obecnie następujące: Górskie stacye klimatyczne: *Zakopane, Jaszczurówka, Jaremcze, Worochta.* — Uzdrowiska na terenie pagórkowatym: *Jaworze* (Ślązk austryacki), *Lgotka* pod Cieszynem, *Bystra* (Ślązk austr.), *Jaśkowice* pod Krakowem, *Czarniecka Góra* (gub. Radomska), *Grodzisk* pod Warszawą, *Kamionka* (gub. Podolska, stacya winogronowa), *Otwock* pod Warszawą, *Pohulanka* pod Dynaburgiem, *Sławuta* na Wołyniu (stacya leśna). — Zakłady wodolecznicze górskie: *Zakopane, Jaremcze, Kossów, Szczawnica, Krynica.* Zakłady wodolecznicze na terenie pagórkowatym lub lesistym: *Jaworze* (Ślązk austr.); *Lgotka* (Ślązk austr.); *Bystra* (Ślązk austr.); *Jaśkowice* pod Krakowem; *Sassów* pod Złoczowem; *Kiselka* i *Maryówka* pod Lwowem; *Otwock, Grodzisk, Czarniecka Góra; Nowe Miasto* nad Pilicą, *Pohulanka* pod Dynaburgiem; *Ojców* (gub. Kielecka); *Nałęczów* (gub. Lubelska). — *Połąga* (stacya morska żmujdzka nad Bałtykiem)[6]).

Również i nasze zdrojowiska karpackie i tatrzańskie, o ile są dobrze urządzone, należy uważać jako górskie uzdrowiska klimatyczne, bardzo korzystne do stosowania rozmaitych wód leczniczych. Należałoby jednak dążyć jeszcze do tego, aby w naszych uroczych Tatrach i rozległych Karpatach powstał cały szereg systematycznie i dobrze urządzonych klimatycznych stacyi dla picia takich wód leczniczych, które odpowiadają zdrojom zagranicznym u nas nieistniejącym. Pożytek i wynik leczniczy byłby z tych stacyi przy racyonalnem prowadzeniu kuracyi o wiele korzystniejszy, niż z dalekich wyjazdów kąpielowych zagranicznych, kończących się zwykle wielkiem rozczarowaniem dla chorego.

4. Stosowanie wód leczniczych zwalnia chorego od kosztownych podróży i szukania pobytu w odległych zdrojowiskach, gdyż łatwo dla niego odszukać uzdrowisko w kraju, zastosowane do jego stanu chorobowego, gdzieby mógł używać wód leczniczych pod kierunkiem tamtejszego lekarza. Nawet w rodzinach zamożnych, lecz licznych, w których kilku członków choruje na różne choroby, przychodzi bardzo trudno rozłączyć się tak, aby każdego posłać do osobnego zdrojowiska. Polecenie stosownego dobrze urządzonego uzdrowiska lub miejsca klimatycznego i używanie odpowiednich wód leczniczych pod kierunkiem lekarza miejscowego rozwiązuje odrazu trudności i umożliwia na dowolnie długi pobyt w tem miejscu bez potrzeby przenoszenia się na następowe leczenie, tak często polecane po ukończeniu leczenia zdrojowego, właśnie z powodu tego, że wiele zdrojowisk, zwłaszcza zagranicznych, nie posiada korzystnych czynników klimatycznych, a samo tylko picie wody mały skutek leczniczy odnosi. — Jeżeli chory przysłany do zdrojowiska nie znosi tam wody lub leczenia, trudno mu przychodzi zmienić zdrojowisko, tak z powodu kosztów podróży i czasu straconego, jakoteż dla innych ubocznych względów. Zmiana zaś wód leczniczych może się odbyć w tem samem miejscu i w tym samym sezonie bez jakichkolwiek trudności, gdyż tu nie naraża się opinii ani zdrojowiska ani ordynującego lekarza a chorego na nowe wydatki i stratę czasu. Przy stosowaniu wód leczniczych chorzy poruszają się swobodniej co do swego letniego pobytu, aniżeli przy dotychczasowem „polecaniu kąpieli“. Dziś bowiem widzimy ich jako „glebae adscripti“ tak, że niejednokrotnie odbywają 25-letnie jubileusze uczęszczania do jednego i tego samego zdrojowiska.

5. Stosowanie wód leczniczych podaje lekarzom sposobność wyrobienia pewnego systemu leczniczego i rozszerzenia swego zakresu działania na nowy specyalizm, który więcej odpowiada lekarskiemu wykształceniu, a choremu przyniesie większy pożytek, niż szablonowa praktyka zdrojowa. Terapię wodami leczniczemi może lekarz samodzielnie wykonywać w specyalnych stacyach leczniczych na wzór tych, jakie w nowszych czasach powstały dla rozmaitych czynników leczniczych i przyczyniły się do zwiększenia wpływu stanu lekarskiego. Stacye te mogą się znajdować w kraju, gdyż niema wielkich trudności, aby lekarz dla pewnej grupy chorób wyszukał odpowiednią okolicę, albo istniejące już miejsce klimatyczne lub uzdrowisko, któreby pod względem swej wysokości, jakości terenu, czystości, wilgotności i ciepłoty powietrza, opadów i wiatrów, działania słońca, zalesienia i innych leczniczych czynników fizycznych, jakoteż urządzeń, sprzyjało leczeniu dotyczącej grupy chorób, i tam założył stacyę lub zakład dla wód i ką-

[6]) Bliższe szczegóły i opis powyżej wymienionych uzdrowisk znajdzie czytelnik w polecenia godnej książce, napisanej przez Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego p. t.: »Zarys balneoterapii i balneografii krajowej«. Kraków 1900. Stosownie do urządzeń i czynników leczniczych w tej książce gruntownie i wiernie przedstawionych, może lekarz wybierać pojedyncze uzdrowiska, odpowiednio do danego przypadku chorobowego.

pieli leczniczych i nim samodzielnie kierował. Mniejsze jeszcze trudności przedstawiałoby połączenie leczenia wodami i kąpielami leczniczemi z dobrze urządzonymi zakładami wodoleczniczymi, zostającymi pod zawodowem kierownictwem lekarza. Na tej drodze mogliby lekarze pracować samodzielnie, uwalniając się z pod zależności i nacisku zarządów kąpielowych, w których skład jak dotąd wchodzą tylko laicy, a korzyści z leczenia byłyby bez porównania większe, niż z obecnie modnej trójtygodniowej kuracyi w reklamowanych „Weltbadach“.

III. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

(Ciąg dalszy).

Z wyników doświadczeń nad działalnością wszystkich opisanych przyrządów, jak również z teoretycznych badań w pracowni Rubnera i Prausnitza wynika, że w formaldehydzie posiadamy przetwór, działający tylko powierzchownie, ale jako taki bezwzględnie pewny dla zabicia zarazków najczęstszych chorób zakaźnych, a o wiele pewniejszy i łatwiejszy w użyciu od stosowanych dotychczas sposobów oczyszczania mechanicznego i zmywania, lub ścierania rozczynami karbolu i sublimatu. Jakkolwiek nie ziszcza formaldehyd pokładanych w nim nadziei środka odkażającego w głębi przedmiotów odkażanych, nie posiada własności odkażania równego wszystkich przedmiotów będących w mieszkaniu, czy z tych powodów należy zaniechać zastosowia go w praktyce? Czy wogóle można się spodziewać, aby jakikolwiek gaz, posiadający nawet bardzo energiczne własności bakteryobójcze, mógł odkażać w mieszkaniu przedmioty w ich głębi? Po doświadczeniu z bezwodnikiem siarkawym, chlorem i bromem, po wynikach doświadczeń Peerenbooma i Rubnera, spodziewać się tego nie możemy. Wobec tego nie pozostaje nam nic innego, jak nie czekając na nowy wynalazek, zastosować formaldehyd przy pomocy któregokolwiek z poprzednio wymienionych przyrządów (Trilla, *autoclave* Scheringa *„Aesculap* kombinowany“ Flügge, Prausnitz), usiłując poczynić takie uzupełnienia, aby przy tym sposobie powierzchownego odkażania osięgnąć zabicie wszystkich lub prawie wszystkich zarazków. W tym celu Flügge dzieli choroby zakaźne na trzy kategorye, według tego czy 1) formaldehyd nadaje się do zabicia ich zarazków, 2) czy się nie nadaje, 3) czy też tylko nadaje się częściowo. Do pierwszej zalicza błonicę, płonicę, gruźlicę, odrę i grypę, jako choroby najczęstsze. Zarazek wydzielony przy tych chorobach nie wnika w głąb przedmiotów, lecz pozostaje na powierzchni. W tych przypadkach zazwyczaj wystarczy odkażenie formaliną. Kategoryę drugą stanowią: cholera azyatycka, dur brzuszny i czerwonka, przy których zarazek, znajdujący się w kale i moczu, nie ma łatwości z wyjątkiem u ludzi zbyt niechlujnych, do rozszerzania się po mieszkaniu. Odkażeniu podlegać tu winny wydzieliny chorego, jego bielizna, pościel, sprzęty, z którymi się chory styka, naczynia i najbliższe otoczenie chorego w mieszkaniu, które mogło uledz powalaniu wydzielinami. Formalina w tych chorobach nie działałaby pewnie, nie wystarczyłaby sama do odkażenia. Rękojmię większej pewności daje w tych chorobach odkażenie, polegające na stosowaniu mleka wapiennego do wydzielin i na ścianę, przy której łóżko stało, dalej zmycie sprzętów i podłogi, obfitą ilością rozczynu karbolowego lub sublimatowego, oraz wygotowanie bielizny i naczyń, używanych przez chorego, wreszcie odkażenie parą ubrań i pościeli. Trzecia kategorya obejmuje choroby znacznie rzadsze w porównaniu do wyżej przytoczonych: ropienia, róża, posocznica, zakażenie połogowe, dżuma i ospa. I przy tych chorobach odkażenie formaldehydem nie jest wystarczające wobec głębszego zanieczyszczenia wydzielinami sprzętów, bielizny, pościeli, ubrania i t. d. Z drugiej strony do zakażenia powierzchni przedmiotów w mieszkaniu przy tych chorobach więcej jest sposobności, niż w kategoryi drugiej, czy to w postaci drobnych kropelek (dżuma płucna), czy kurzu zawierającego zarazki tych chorób. Całkowite odkażenie po tych chorobach należy wykonać formaldehydem, z wyjątkiem pościeli, ubrań i bielizny, które należy odkazić parą. Jednak i przy chorobach pierwszej kategoryi, po których odkażenie formaldehydem należy uważać za wystarczające, zdarzyć się mogą zanieczyszczenia większemi ilościami wydzielin zakaźnych (grubsza warstwa plwociny), których formaldehyd nie odkazi. Miejsca takie, powalane widocznie wydzielinami, należy przed wykadzaniem formaliną zmyć szczotką lub pędzlem, obficie namoczonym w sublimacie. Stosowanie tego środka będzie wskazane również do przedmiotów najwięcej używanych przez chorego (sprzęty około łóżka) Przez obfite obmycie powierzchni sprzętów, podłogi, ścian, zanieczyszczonych widocznemi resztkami wydzielin, oraz przez wydzielenie przedmiotów zakażonych w głębi jak bielizna, pościel i ubranie, przysposobi się mieszkanie do odkażenia formaliną pierwszej i ostatniej kategoryi chorób; przytem należy odsunąć sprzęty od ścian bezpośrednio zaś przylegające do podłogi ustawić na podstawkach tak, aby formaldehyd miał swobodny tam dostęp. Po przebytej gruźlicy, płonicy i błonicy należy pościel, ubranie i bieliznę tak rozwiesić w odkażanym pokoju, aby ze wszech stron mogła się stykać z formaldehydem. W tym celu dobre odda usługi rozciągnięcie sznura przez długość pokoju, na którym rozwiesi się kołdry, pierzyny i t. d. Sznur ten przeciąga się przez rękawy staników kobiecych, surdutów, kamizelek, w których kieszenie wywija się nazewnątrz. Jednak nawet i po chorobach pierwszej gromady znajdzie się jeszcze pewna ilość rzeczy, które do odkażenia formaldehydem się nie nadają, jak np. chusteczki, poszewki i t. d., które zwykle bywają więcej zanieczyszczone wydzielinami; taką bieliznę najlepiej odkażać przez gotowanie lub namoczenie w rozczynie odkażającym. Z tego, co powiedziałem, wynika, że odkażenie formaldehydem, zastosowane samo lub też uzupełnione przy niektórych chorobach parą, rozczynami sublimatu lub kwasu karbolowego, odpowiada pierwszemu warunkami, jaki spełnić winno odkażenie mieszkania. Czy odpowiada innym? Nie zauważono dotychczas, by formaldehyd wdechany działał trująco na ustrój zwierzęcy. Zadrażnienie spojówek, błony śluzowej oraz dróg oddechowych, pojawiające się w następstwie przebywania w atmosferze przepojonej tym gazem, mija wprawdzie szybko i bez następstw, nie jest jednak przyjemne; usunięcie przeto formaldehydu z mieszkania odka-

żonego jest wskazane nie dla własności trujących, ale głównie dlatego, by po odkażeniu mieszkanie mogło być jak najwcześniej użyte. W celu usunięcia drażniącego działania formaldehydu nie wystarczy samo przewietrzenie mieszkania. Osiadły wraz z parą wodną formaldehyd nadaje mieszkaniu silną woń przez czas dłuższy, aniżeli tego potrzeba do odparowania zawierającej go wody; zresztą wietrzeniem wpędzi się formaldehyd do innych części mieszkania; już z tego zatem względu wietrzenie mieszkania odkażonego formaldehydem nie byłoby odpowiednie. Flügge pierwszy wskazał na amoniak, jako na najodpowiedniejszy środek do zobojętnienia formaldehydu w odkażonem mieszkaniu; amoniak łączy się bowiem z formaldehydem na bezwonne połączenie t. zw. heksametylentetramin. Tak Flügge jak i Prausnitz zalecili wydzielać amoniak przez gotowanie 25% rozczynu amoniaku w osobnych kociołkach, z których rurką, przeprowadzoną przez dziurkę od klucza, dostaje się para amoniaku do odkażanego mieszkania. Ilość amoniaku potrzebną do odwonienia mieszkania, należy zastosować do ilości zużytego formaldehydu. Ponieważ 6 drobin formaldehydu łączy się z czterema drobinami amoniaku na heksametylentetramin, przeto do odwonienia potrzebnych do odkażenia na 100 m^3 przestrzeni 250 grm. formaldehydu, zawartych mniej więcej w 660 ctm^3 formaliny trzeba 900 ctm^3 25% amoniaku, w czem już zawiera się pewien nadmiar tego ostatniego. Tablice, dołączone do przyrządów Flüggego i Prausnitza, oznaczają potrzebne do odkażenia rozmaitych objętości przestrzeni mieszkalnych ilości formaliny, jak również ilość amoniaku do odwonienia, oraz niezbędną do odparowania obu tych płynów ilość wyskoku. Ilość amoniaku, podana w cenniku Baumana w Wiedniu, sprzedającego przyrządy Prausnitza, jest jednak znacznie większa, aniżeli w tablicach, dołączonych do przyrządu Flüggego. Według obu badaczy wystarczy do odwonienia mieszkań, by oznaczona w tablicach ilość amoniaku działała mniej więcej w ciągu godziny (od chwili odparowania); atoli doświadczenia moje nie potwierdzają tego w zupełności. Zwłaszcza w mieszkaniach, zawierających wiele przedmiotów z tkanin, które obficie chłoną formaldehyd, utrzymuje się woń formaldehydu dosyć długo; w każdym razie po godzinnem odwanianiu amoniakiem nie znika ona, szczególnie przy stosowaniu przyrządu Flüggego; natomiast zamieszkanie izb zaraz po odwonieniu nietylko nie sprawiało ludziom przykrości, ale nawet tak wrażliwe zwierzęta, jak kanarki, znosiły dobrze tę atmosferę. Przyczyna tego powolnego odwonienia leży zapewne po części w powolnem łączeniu się formaldehydu z amoniakiem. Z tego też względu uważałbym za wskazane, by w mieszkaniach więcej przepełnionych sprzętami używać, przynajmniej przy posłużeniu się przyrządem Flüggego, ilości amoniaku, przeznaczonej w tablicach dla mieszkań o nieco większej pojemności, aniżeli odkażane, a nadto stosować amoniak w ciągu kilku godzin. W razie odkażania większej ilości ubrań, należy je usuwać z mieszkania i wietrzyć zaraz po odkażeniu, — one to bowiem utrzymują głównie w mieszkaniu woń aldehydu. Przyczyna niedostatecznego odwonienia leżeć może nadto w za słabym rozczynie amoniaku, i dlatego do odwonienia i przy stosowaniu ilości oznaczonej w tablicach Flüggego i Prausnitza zawsze używać należy rozczynu o powyższem zgęszczeniu. — Jak już wyżej wspomniałem, ilość formaldehydu 2,5 i 5 grm. na 1 m.^{3} przestrzeni odkaża w ciągu 6—7, względnie 3—3$^1/_2$ godzin, co razem z czasem potrzebnym do przygotowania mieszkania i następowego odwonienia wymaga około 9, względnie 6 godzin, a zatem tyle tylko czasu, że mieszkanie może być zajęte jeszcze tego samego dnia. — Odkażanie formaldehydem, jak z mego doświadczenia przekonać się mogłem, nie niszczy sprzętów i innych przedmiotów; zdarzają się jednak podobno barwiki smołowcowe, które pod wpływem formaliny nieco pełzną.

Zatem odkażenie formaldehydem odpowiada nietylko pierwszemu warunkowi przy stosownem ograniczeniu, względnie uzupełnieniu, ale i następnym trzem, wymaganym od idealnego odkażenia. W poszukiwaniu za najlepszym środkiem odkażającym usiłowano znaleźć taki, któryby był łatwy do użycia przez szerszą publiczność; w ten sposób udałoby się w znacznym stopniu usunąć trudności, połączone z odkażeniem. Według utartego przekonania największą łatwość w zastosowaniu przedstawiają gazy, mające własność większą wnikania, niż płyny, do przedmiotów w mieszkaniu, ztąd też, przy wprowadzaniu formaldehydu do praktyki dezynfekcyjnej, istniało przekonanie, że ten przetwór będzie można oddać do rąk publiczności. Z przytoczonych wywodów wynika, że odkażenie mieszkań przy zastosowaniu formaldehydu, jeżeli ma dać rękojmię pewności, nie powinno polegać jedynie na odparowaniu dostatecznej do zabicia zarazków ilości formaldehydu, ale wymaga w niektórych chorobach odpowiedniego przygotowania mieszkania, ograniczenia, względnie uzupełnienia odkażenia, przy umiejętnem obchodzeniu się z przyrządami, słowem wymaga, aby wykonywali je ludzie z techniką odkażania obznajomieni. Piątemu zatem warunkowi odkażanie formaldehydem nie odpowiada, jakkolwiek daje się ono łatwiej wykonać i nie wymaga tyle zachodu i pracy, jak odkażanie metodą Guttmanna Merkego. Odkażanie formaldehydem nie wymaga specyalnych wiadomości; powierzyć je jednak można jedynie służbie, wdrożonej praktycznie w technikę odkażania i pracującej według odpowiedniej instrukcyi.

Zachodzi jeszcze pytanie, ile kosztuje odkażenie formaldehydem przy zastosowaniu przyrządu Flüggego, Prausnitza, Scheringa *(Aeskulap* kombinowany) przyrządy zaś Trillata *(autoclavé formogene)* i Czaplewskiego pomijam z umysłu, gdyż pierwszy jest drogi i wymaga więcej umiejętnej obsługi, drugi zaś za mały do większych mieszkań, nieco zbyt złożony i nie zawsze pewny wobec jedynej rurki rozpylającej formaldehyd, która przez wolną polimeryzacyę aldehydu się zatyka. Jeżeli na razie pominiemy sprawę ceny przyrządów i obliczymy cenę potrzebnego aldehyhu, amoniaku i wyskoku, koszta odkażenia mieszkania o pojemności 100 m^3 przedstawią się w koronach jak następuje:[41]) (Zobacz tabelkę).

Z zestawienia powyższego wynika, że przy stosowaniu pewnej ilości amoniaku w przyrządzie Prausnitza i Flüggego, koszta odkażenia obu sposobami są prawie jednakowe i wynoszą dla zwykłego odkażenia około 4, dla skróconego przeszło 6$^1/_2$ koron; przy użyciu ilości amoniaku, oznaczonej w cenniku Baumanna (fabryki wyrabiającej przyrządy Prausnitza), koszta te zwiększają się o 1—1$^1/_2$ koron. Odkażanie przyrządem Scheringa znacznie jest droższe, bo

[41]) Ceny podane według cennika Baumana przy zakupnie w ilościach większych.

	Rodzaj i cena przyrządu	Flügge 120		Prausnitz 110		Schering 120	
	Czas działania formaldehydu	7 godz.	$3^1/_2$ godz.	6 godz.	3 godz.	7 godz.	$3^2/_2$ godz.
Cena	formaldehydu	218	436	218	436	600	1200
	amoniaku	80	120	80 114	120 228[42])	80	120
	wyskoku do odparowania formaliny z amoniaku	100	104	96 104	106 132	130	145
		398	660	394 436	662 796	710	1465

koszta odkażenia z powodu znacznej ceny pastylek paraformaldehydu wynoszą około 7. względnie $14^1/_2$ koron. Z tego też względu pierwsze dwa przyrządy znajdą zapewne większą liczbę zwolenników, mimo że obliczanie potrzebnej do odkażenia ilości formaldehydu pastylkami wielką przedstawia dogodność.

W przedstawieniu mojem najnowszych sposobów stosowania formaldehydu do odkażania mieszkań nie wyczerpałem wszystkich metod, jakie do użytku polecano; nie wymieniłem metody Rosenberga, posługującej się formaliną, alkoholem mrówczanym i mentolem, oraz Krell-Elba, w której wielkie pastylki paraldehydu paruje się przez żarzenie węgla, w którym są umieszczone. Również i temi metodami, jak tego dowodzą badania Pfuhla, Waltera, Strüvera, Dieudonnégo, Reischauera można otrzymać tak pewne wyniki, jak przy stosowaniu przyrządu Trillata, Flüggego, Prausnitza, Scheringa, jeżeli odparuje się dostateczną ilość aldehydu, wody i uszczelni mieszkanie. Brak kociołka do parowania wody przy tych sposobach stosowania formaldehydu mógłby być nieraz powodem do pominięcia tego ważnego czynnika w odkażeniu; ztąd sposoby te wydałyby mi się mniej praktycznymi, tem więcej, że są i droższe od wyżej opisanych. W przypadkach, w których chodziłoby o odkażenie jednorazowe, a zakupno któregokolwiek z przyrządów przytoczonych lub nawet wypożyczenie natrafiałoby na trudności, stosowanie wielkich pastylek Krehl-Elba[43]) byłoby na miejscu. Zarządom miast lub też większych szpitali, pragnących zaprowadzić u siebie odkażenie formaldehydem, należałoby zalecić jeden z wyżej wymienionych przyrządów (Prausnitz-Flügge); jednorazowy wydatek na przyrząd wynagrodzą niższe koszta poszczególnych odkażeń i niemożność pominięcia tak ważnego dla pewnego odkażenia parowania wody. (Dokończ. nastąpi).

IV. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego.

Podał

Dr. J. Weinsberg, lekarz oddziału.

(Dokończenie).

II. Gruźlica wyrostka robaczkowego. Wycięcie. Wyleczenie z przetoką kałową.

A. P., żona krawca, licząca lat 33, przyjęta 20 lutego 1899 r. Przed $1^1/_2$ rokiem zauważyła guz w prawem podbrzuszu, który się zwolna powiększał. Przypadów ogólnych chora nie podaje; rodziła 4 razy, z tego 2 razy płody przyszły na świat nieżywe, trzeci płód umarł wkrótce po urodzeniu się, ostatni poród przedwczesny w 5-ym miesiącu przed 5-ciu tygodniami.

Stan obecny: osoba słabo zbudowana, miernie odżywiona. Ponad prawym więzem Pouparta guz wielkości dużej pięści, dość ostro ograniczony, zbity, o brzegach nierównych, powierzchni guzowatej, miernie przesuwalny we wszystkich kierunkach; wypuk nad nim przytłumionobębenkowy, chełbotanie niewyraźne. Badanie przez pochwę wykazuje macicę w przodozgięciu, przesuniętą nieco na prawo. W prawem sklepieniu i tylnem stwierdza się opór, pozostający w związku z dnem macicy. Na powłokach brzusznych poniżej pępka w linii środkowej 2 blizny po przetokach, z których miała się sączyć treść ropiasta przez 2 miesiące.

Rozpoznania pewnego co do natury guza nie zdołano postawić, pozostawiając rozstrzygnięcie naocznemu przekonaniu się przy operacyi. Dnia 28 marca 1899 r. przystąpił prof. Trzebicky do laparotomii w uśpieniu mięszanką Billrotha. Cięciem równoległem do więzu Pouparta prawego, przebiegającem nieco ponad nim, otwarto jamę brzuszną. Po usunięciu ręką tłoczących się do rany jelit cienkich odsłonił prof. Trzebicky sam guz, wielkości dużej pięści, będący w bezpośrednim związku z jelitem ślepem i mocno pozrastany zarówno z temże jelitem, jakoteż z ściągniętą ku dołowi poprzecznicą. Przez nakłócie próbne guza wydobyto z niego nieco płynu surowiczego. Po nader mozolnem oddzieleniu zrostów podwiązano szypułę, zapomocą której guz znajdował się jeszcze w związku z jelitem ślepem (jak z oglądania wydobytego preparatu wynikało, była to nasada wyrostka robaczkowego) założono do jamy otrzewnej w tych miejscach, gdzie były najliczniejsze zrosty, 4 worki Mikulicza i zmniejszono ranę skórną zapomocą kilku szwów węzełkowych.

Wyłuszczony guz był wielkości dużej pięści męskiej, kształtu nieregularnego, o powiechni guzowatej, postrzępionej, pokrytej starymi zrostami zapalnymi. Miejscami znajdowały się pęcherze wypełnione płynem jasnym, surowiczym. Na przekroju znaleziono jamę, zajmującą większą część guza, wypełnioną masą ziarninową, miejscami serowatą. Na powierzchni guza odszukano część wyrostka robaczkowego, który przedstawiał wejrzenie prawidłowe, rozpoczynał się otwartem światłem, które jednak w dalszym ciągu cieńczało tak, że przechodził tylko cienki zgłebnik, a wreszcie gubiło się w samym guzie. Na przekroju widocznem było słoninowate nacieczenie ścian wyrostka, którego dalszy ciąg ginął w wyłuszczonym guzie.

Dnia 30 marca. Tętno nitkowate, wzdęcia ani gorączki niema. Polecono wino i zmieniono powierzchowny opatrunek, worków Mikulicza nie wyjęto.

Dnia 1 kwietnia. Stan nie zmieniony; wyjęto dwa worki Mikulicza, założone bliżej pępka i włożono świeże.

Dnia 4 kwietnia. Stan ogólny taki sam; zmieniono opatrunek. Tętno 108, bardzo drobne. Rano skąpe wymioty.

Dnia 5 kwietnia. Wczoraj wieczorem wypróżnienie stolcowe, dziś stan ogólny nieco lepszy, tętno pełniejsze.

Dnia 9 kwietnia. Od 5-ciu dni brak wypróżnień, brzuch nie wzdęty wejrzenie chorej gorsze, tętno 108, słabe. Polecono forsowne żywienie z dodatkiem somatozy. Lawatywa.

Dnia 12 kwietnia. Wypróżnienia codziennie bez stosowania leków, stan ogólny chorej coraz lepszy.

Dnia 15 kwietnia. Chora wygląda coraz lepiej, rana goi się.

Dnia 24 kwietnia. Chora spostrzegła, że przez ranę odchodzą gazy; gojenie postępuje.

Dnia 30 kwietnia. Stwierdzono przedmiotowo wydobywanie się gazów przez ranę, bardzo dobrze się gojącą. Stan ogólny znakomicie się poprawia, chora je wszystko, stolce codziennie prawidłowe.

Dnia 15 maja. Od dwóch dni odchodzenie gazów przez ranę ustało. Rana jeszcze długa na 2 ctm., pokryta zdrową ziarniną.

Dnia 25 maja. Wiatry mają nie odchodzić, natomiast przy lekkim ucisku z rany wydobywają się czopki kału. Wydobyto także obropiałą grubą podwiązkę jedwabną. Ranę, długą jeszcze na 1 ctm., głęboko wylapisowano. Stan chorej znakomity, chora w szpitalu utyła.

Dnia 27 maja. Chorą wypuszczono ze szpitala.

Według doniesienia listownego pacyentka obecnie (3 lata po operacyi) ma się zupełnie dobrze, a dokucza jej jedynie drobna przetoka kałowa, którą od czasu do czasu sączy się nieco treści przewodu pokarmowego. W celu usunięcia tego

[42]) Ceny umieszczone poniżej odnoszą się do ilości amoniaku (wyskoku) podanych w cenniku Baumanna.

[43]) Do nabycia w chemicz. fabryce M. Elba w Drezdnie, Lüttichenstrasse 21.

cierpienia zamierza pacyentka zgłosić się do szpitala po odbytym połogu, gdyż obecnie jest w ciąży.

III. Gruźlica kiszki ślepej, otrzewnej i gruczołów krezkowych i zaotrzewnowych. Laparotomia rozpoznawcza. Śmierć z gruźlicy ogólnej.

W. K., służąca, lat 15, przyjęta 22 kwietnia 1899. Choruje od 2 lat; nagle uczuła bóle w okolicy kiszki ślepej i utrudnienie oddawania kału. Stan taki trwał w ciągu miesiąca, poczem dolegliwości prawie ustąpiły, pozostała jednak bolesność w miejscu choroby. Przed rokiem napad się powtórzył z bólami w tej samej okolicy, powikłany z wymiotami i zaparciem stolca.

Stan obecny: Chora licho zbudowana i odżywiona. Prawa okolica podbrzusza więcej wysklepiona i bolesna, głównie w połowie odstępu między kolcem przednim wyższym kości biodrowej prawej a pępkiem. Przy opukiwaniu wyraźnego przytłumienia odgłosu wykazać nie można. Ciepłota stale podwyższona, z wieczornemi wzniesieniami. W prawym szczycie płuca objawy nacieku. Rozpoznanie: *Appendicitis chronica exacerb.* Dnia 18 maja w uśpieniu mięszanką Billrotha wykonano w linii środkowej ciała cięcie poniżej pępka, długości około 10 ctm. Badanie bezpośrednie wykazało zajęcie całych pakietów gruczołów krezkowych i zaotrzewnowych. Niektóre pojedyncze gruczoły okazały się powiększonymi do rozmiarów dużego orzecha włoskiego. Jelito ślepe zgrubiałe bardzo znacznie, ściany naciekłe, na powierzchni zaś jelita, zarówno jak i na otrzewnej, pokrywającej resztę przewodu pokarmowego, liczne drobne szare gruzełki. Drożność jelita utrzymana. Wyrostek robaczkowy prawidłowy.

Wobec daleko posuniętych zmian w gruczołach i lichego stanu ogólnego nie kusił się prof. Trzebicky o wycięcie schorzałego jelita ślepego i zaszył ranę brzuszną.

Po dniu operacyi objawy gruźlicy płucnej z nadzwyczajną szybkością poczęły się potęgować tak, że pacyentka w dniu 30 maja umarła wśród objawów gruźlicy ogólnej. Zwłoki na żądanie rodziny uwolniono od sekcyi.

IV. Gruźlica jelita ślepego i wstępującego. Resekcya. Enteroanastomoza między jelitem biodrowem a poprzecznicą. Rzyć sztuczna. Śmierć z gruźlicy ogólnej.

L. T., lat 63 liczący, wieśniak. Pochodzi z rodziny gruźliczej, sam jednakże nigdy nie chorował. Dopiero od $^1/_2$ roku zauważył po stronie prawej w brzuchu guz zwolna rosnący i sprawiający mu dość znaczne dolegliwości. Badanie, wykonane w dniu 5 czerwca 1899 r., wykazało stan następujący: osobnik charłaczy z objawami nacieku szczytowego. Brzuch zapadły, a jedynie tylko w okolicy kiszki ślepej nieco wypuklony przez guz twardy, gładki, mało bardzo ruchomy, wielkości 2 pięści dorosłego mężczyzny. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiono-bębenkowy. Badanie sprawia pacyentowi mierne bóle. Ciepłota prawidłowa, stolec nieregularny, naprzemian zaparcie i biegunka. Rozpoznanie chwiało się między nowotworem a gruźlicą jelita ślepego.

Operacyę wykonał prof. Trzebicky d. 6. czerwca. Cięciem równoległem do więzu Pouparta, długiem na 20 ctm. otwarto jamę brzuszną. Guz odpowiadał rzeczywiście mocno naciekłemu jelitu ślepemu i wyrostkowi robaczkowemu. Ściany jelita dochodziły miejscami grubości 2 ctm. Naciek ten w mniejszym wprawdzie stopniu zajmował również i jelito wstępujące, prawie aż na 2 palce poniżej zgięcia wątrobowego. Otrzewna na jelicie ślepem była pokrytą licznymi drobnymi gruzełkami. Prof. Trzebicky wykonał całkowitą resekcyę dolnego odcinka jelita biodrowego, jelita ślepego i wstępującego, zamknął dokładnie pozostałe końce jelita ślepego i poprzecznicy, a pomiędzy tą ostatnią i jelitem biodrowem wykonał anastomozę zapomocą guzika Murphyego. Ranę prawie w całości zeszyto, a tylko przez jej kąty wprowadzono po jednym worku Mikulicza.

Na wyjętym preparacie można się było przekonać, że jelito ślepe grubością swoją dochodziło rozmiarów ramienia dobrze rozwiniętego mężczyzny. Ściany jego, jak już wspomniano, miejcami dochodziły grubości 2 ctm. Błony śluzowej w jelicie ślepem prawie zupełnie nie było, natomiast znajdował się tam jeden rozległy wrzód o wybitnych cechach wrzodu gruźliczego. Zmiany podobne, choć w niższym stopniu okazywało i jelito wstępujące, naciek w ścianach był tu mniejszy, a owrzodzenia drobne, nieliczne. Otrzewna, pokrywająca resekowaną część jelita, była również mocno zgrubiałą, na jej powierzchni znajdowały się liczne gruzełki.

Pacyent zniósł zabieg na razie bardzo dobrze i miał się przez pierwszy tydzień znakomicie. Dopiero dnia 17-go czerwca, a więc w 11 dniu po operacyi, wytworzyła się rzyć sztuczna, przez którą znaczna część treści przewodu pokarmowego się wylewała. Odtąd pacyent szybko podupadał, a dławcowe zapalenie płuc położyło wreszcie kres jego życiu w dniu 30 czerwca.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne po dokonanej sekcyi opiewało: *Pneumonia crouposa lobi inferioris pulmonis sinistri. Cirrhosis tbc. apicis pulmonis utriusque praec. dextri. Peribronchitis caseosa nodosa praec. lobi inferioris pulmonis dextri. Tuberculosis miliaris pulmonum, hepatis, lienis, renum et praec. peritonei.*

W jamie brzusznej były rozległe zrosty zarówno w okolicy rany, jakoteż i pomiędzy wątrobą a przeponą i w okolicy śledziony. W miejscu entero-anastomozy ściany jelita zrosły się ze sobą dokładnie tylko od strony tylnej; od przedniej zaś rozstąpiły się, przez co powstała właśnie rzyć sztuczna; także i szew zamykający początek poprzecznicy nie dopisał w zupełności, najprawdopodobniej wskutek znajdującego się w tem miejscu również owrzodzenia gruźliczego. Gruczoły krezkowe serowato zwyrodniałe.

V. Gruźlica jelita ślepego. Entero-anastomoza. Śmierć w kilka miesięcy z gruźlicy ogólnej.

Z. K., lat 27, wyrobnik, przyjęty 30 czerwca 1900 r. Choruje od dłuższego już czasu. Żali się na stale trwający ból w brzuchu, szczególnie nad pachwiną prawą i na uporczywe zaparcie stolca.

Stan obecny: w obu szczytach rzężenia drobnobańkowe i przytłumienie odgłosu wypukowego. Po stronie prawej brzucha, ponad więzem Pouparta, wyczuwał się guz rozlany wielkości dwóch pięści, dość twardy, nierówny, mało przesuwalny i mało bolesny.

4-go lipca. W uśpieniu mięszanką Billrotha poprowadzono ponad prawym więzem Pouparta cięcie do niego równoległe i odsłonięto jelito ślepe. Tak jelito to jakoteż dolna część kiszki grubej wstępującej i jelita biodrowego stanowiły masę zgrubiałą i pozrastaną, wielkości głowy dziecka. Wobec licznych zrostów i zajęcia jelit na znacznej przestrzeni zaniechał prof Trzebicky, myśli o wycięciu części schorzałej i jedynie tylko wykluczył część chorą przez entero-anastomozę między jelitem biodrowem a poprzecznicą. Ranę w powłokach zaszyto w zupełności.

7-go lipca. Pierwsza zmiana opatrunku. Szwy skórne i mięśniowe w dolnej części ramy nieco zropiały, wskutek czego je wyjęto; górna część rany goi się przez rychłozrost.

18-go lipca. Rana goi się zupełnie dobrze, odżywienie chorego znacznie lepsze.

13-sierpnia. Chory opuszcza szpital z raną zagojoną.

O ile od rodziny pacyenta dowiedzieć się zdołałem, wystąpiła u niego wkrótce po powrocie ze szpitala biegunka, utrzymująca się do końca życia. Równocześnie pojawiły się wieczorne podwyższenia ciepłoty, a wezwany lekarz stwierdził gwałtownie postępujący rozpad w płucach, który po kilku miesiącach spowodował śmierć chorego.

VI. Gruźlica otrzewnej i jelita ślepego (?). Niedrożność przewodu pokarmowego. Założenie sztucznej rzyci. Śmierć.

F. B., lat 30, wyrobnik, przyjęty 4-go stycznia 1900 r. Od 5 tygodni cierpi na bardzo dotkliwe bóle w brzuchu; wymioty cuchnące, kałowe. Stolce bardzo skąpe, odchodzą tylko po lawatywie. Stan obecny: brzuch w całości wzdęty, szczególnie po stronie lewej, pętle jelitowe się rysują. W okolicy kiszki ślepej wyczuwalny guz wielkości głowy dziecka, twardy, mało ruchomy, o powierzchni nierównej. Granice guza wobec kolosalnego wzdęcia brzucha nie dały się dokładnie oznaczyć. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, oprócz tego występują od czasu do czasu bóle napadowe, wśród których pętle jelit wyraźnie się przez powłoki brzuszne rysują. Odgłos wypukowy nad jelitami

wszedzie wysoko bębenkowy, jedynie tylko nad guzem nieco przytłumiony; przepona mocno ku górze wyparta. Stan ogólny bardzo zły język suchy, tętno 120. Rozpoznano niedrożność jelit na tle przeszkody przewlekłej, najprawdopodobniej gruźliczej zmiany w jelicie biodrowem, za czem przemawiał lichy stan odżywienia chorego i liczne drobne rzężenia w szczytach płuc.

Prof. Trzebicky przystąpił natychmiast do laparotomii. Jamę brzuszną otworzono w linii środkowej. Otrzewna była wszędzie pokryta licznymi drobnymi gruzełkami. Jelita cienkie bardzo były rozdęte, przeważnie pozlepiane z sobą świeżymi zlepami, a jedynie tylko jelito biodrowe w okolicy kiszki ślepej stanowiło wraz z kiszką grubą jeden twardy guz wskutek silnych starych zrostów. O ile przy pośpiechu zdołano się zoryentować, ściany jelita grubego, a zwłaszcza ślepego, były mocno naciekłe. Wobec lichego stanu pacyenta musiano się ograniczyć do założenia sztucznego odbytu w dolnej części jelita biodrowego. Chory zmarł w 12 godzin po operacyi. Sekcyi nie wykonano.

VII. Gruźlica jelita ślepego i otrzewnej. Laparotomia próbna. Szybki postęp sprawy gruźliczej w płucach.

S. P. 17-letnia, panna. Pochodzi z rodziny, w której gruźlica dość często się wydarza. Kaszel od dłuższego czasu. Od roku występują w pewnych odstępach czasu bóle w okolicy kiszki ślepej, połączone za każdym razem z objawami podrażnienia otrzewnej. Badanie wykazuje stan następujący: osoba licho zbudowana, słabo odżywiona, niedokrewna. W płucach objawy nieżytu. Brzuch płaski, jedynie ponad prawym więzem Pouparta miernie wysklepiony przez rozlany guz wielkości głowy dziecka, niedający się dokładnie ograniczyć, prawie nieruchomy, nieco przy ucisku bolesny. Odgłos wypukowy ponad guzem bębenkowy. Rozwolnienia nie ma, raczej skłonność do zaparcia.

Na podstawie badania i wywiadów rozpoznaliśmy zapalenie jelita ślepego, sprowadzające od czasu do czasu objawy zadrażnienia ogólnego otrzewnej. Lichy stan ogólny, nieżyt płucny i dziedziczne obciążenie kazały się obawiać, azali cała sprawa nie toczy się na tle zakażenia gruźliczego.

Operacya wykonana 26 lipca 1901 r., niestety w zupełności potwierdziła nasze obawy. Jelito ślepe zamienione było wskutek nacieczenia ścian w guz twardy wielkości dużej pomarańczy, zrośnięty z talerzem biodrowym i przyległemi pętlami jelita cienkiego. Otrzewna, pokryta wszędzie gruzełkami, zawierała około litra płynu jasnego surowiczego. Z uwagi na tę okoliczność, że drożność przewodu pokarmowego, jak nas badanie przekonało, mimo nacieku ścian jelita ślepego było utrzymaną, lichy stan ogólny zaś nie pozwalał na wykonanie zabiegu operacyjnego wymagającego dłuższego nieco czasu, zaszył prof. Trzebicky powłoki brzuszne.

Chora przebyła zabieg bez najmniejszego odczynu. Owszem, stan ogólny po operacyi począł się polepszać i ciężar ciała w pierwszych tygodniach wzrastał. Niestety radość pacyentki i nasza trwała nie długo. Wprawdzie ze strony jamy brzusznej pacyentka dotąd nie doznaje od czasu operacyi żadnych dolegliwości, natomiast sprawa w płucach gwałtownie się szerzy tak, że chora od kilku miesięcy już z łóżka nie wstaje.

Opisane powyżej przypadki podzielić wypada na dwie gromady: sześć razy operowano z powodu samego cierpienia, a więc z powodu gruźlicy jelita ślepego i części przyległych; raz zaś (przypadek VI) wskazanie do operacyi stanowiła następowa niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana przez proces gruźliczy. Przypadek ten, jako już z góry prawie stracony, bliżej w rachubę wchodzić nie może.

W sześciu pozostałych przypadkach wykonano trzy razy (przypadek I, II i IV) resekcyę całej części schorzałej i to dwa razy z wynikiem pomyślnym. Wprawdzie w jednym z tych wyleczonych przypadków istnieje po dziś dzień jeszcze przetoka, która jednakże uda się prawdopodobnie usunąć drogą operacyjną i która zresztą nie sprawia pacyentce według jej własnego zeznania wcale znaczniejszych dolegliwości. W jednym z przypadków resekowanych szew nie dopisał i powstała rzyć sztuczna, która jednakże śmierci nie spowodowała; była ona raczej następstwem rychło postępującego procesu gruźliczego w narządach wewnętrznych u starszego już wiekiem i na zdrowiu podupadłego pacyenta. U jednego pacyenta ograniczyliśmy się do częściowego wykluczenia części schorzałej przez założenie komunikacyi między pętlą jelita, położoną powyżej i poniżej miejsca schorzałego, a to głównie z powodu objawów przewlekłej niedrożności przewodu pokarmowego, które w ten sposób udało się zupełnie usunąć. Pacyent zmarł w kilka miesięcy z gruźlicy ogólnej.

W dwóch przypadkach, w których wykonano jedynie cięcie próbne przez powłoki brzuszne, operacya oczywiście na dalszy przebieg choroby, a zwłaszcza zakażenia całego ustroju, nie mogła wywrzeć żadnego wpływu; to też jedna chora w kikanaście dni po operacyi zmarła z gruźlicy płuc, druga obecnie znajduje się w stanie beznadziejnym.

Liczba przypadków przez nas spostrzeganych jest zbyt małą, by na jej podstawie można wyciągać jakiekolwiek wnioski. Sprawa leczenia gruźlicy jelita ślepego jest zbyt ważną, by ją można tak doraźnie na podstawie skromnego materyału rozstrzygnąć. Do tego powołane są, jak wogóle w sprawie leczenia gruźlicy, jedynie tylko liczby oparte na zbiorowej pracy ogółu świata lekarskiego. Kilka naszych wyników pomyślnych, jak niemniej świetne rezultaty innych chirurgów winny jednakże w każdym razie zachęcać lekarzy do dalszej walki na drodze operacyjnej z tą chorobą, która, nie będąc leczona, niechybnie zdrowie i życie podkopuje.

Niechaj mi wreszcie wolno będzie złożyć na tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie mojemu ukochanemu szefowi JW. P. Prof. Trzebickyemu za światłą pomoc przy spisywaniu wyżej podanych spostrzeżeń, jakoteż za pozwolenie korzystania z materyału oddziałowego i zachętę do zestawienia przytoczonych przypadków chorobowych.

V. Wyciągi.

Lindeman. **O sprawności tłuszczowo zwyrodniałego serca.** (*Festschrift zur Feier des 60 Geburtstages von Maks Jaffe.* Braunschweig, 1901) Zamiast fosforu, zazwyczaj używanego do tych celów, używał autor „pulegonu", pierwiastka skutecznego w „mentha pulegium". W przeważnej liczbie przypadków ulegały stłuszczeniu obydwie komory sercowe, w mniejszej tylko komora prawa, a przedewszystkiem mięśnie brodawkowe. Jeżeli zwyrodnienie tłuszczowe było częściowe, pojawiało się tylko przyspieszenie i osłabienie tętna, bez niemiarowości jego. Cięższe objawy stwierdzano dopiero wtedy, jeżeli cały mięsień sercowy uległ zwyrodnieniu. *E. K.* (Kr. kl. l.).

O. Lang. **O gorączce tarczykowej i zakażeniu tarczykowem.** (*Grenzgebiete der Medicin und Chir.*, 1901, T. 8). Ażeby rozstrzygnąć pytanie, czy gorączka, pojawiająca się niekiedy po operacyi wyjęcia gruczołu tarczykowego w chorobie Basedowa, jest następstwem przesycenia ustroju wydzieliną gruczołu tarczykowego podczas operacyi, wykonał autor 8 doświadczeń na psach. W doświadczeniach tych autor zgniatał obydwa lub jeden płat gruczołu, podwiązywał zapomocą przewiązki, a wreszcie zadawał rany zapomocą noża, lub galwanokauteru.

W tych fizyologicznych przypadkach nigdy nie pojawiała się gorączka tarczykowa; to też autor twierdzi, że gorączkę tarczykową wywołać może tylko patologicznie zmieniona wydzielina tego gruczołu. *E. K.* (Kr. kl. l.).

Oehler. **O gruźliczem zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Wobec tak gorąco polecanych w ostatnich czasach zabiegów operacyjnych stwierdza autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 44 przypadków w szpitalu Carolineum w Frankfurcie, że połowa przypadków tej choroby, która przeważnie dotyczy wieku dziecięcego, kończy się niepomyślnie, prze-

ważnie skutkiem następowej gruźlicy opon mózgowych; zaś druga połowa zdrowieje dobrowolnie bez jakichkolwiek zabiegów operacyjnych przy odpowiedniem zachowaniu się dyetetycznem i higienicznem. *E. K.* (Kr. kl. I.).

Frankl. **Nowe narzędzie do wymóżdżania (perforator) na wzór trepana do dziurawienia czaszki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 3). Zasada nowego perforatora, bardzo złożonego, polega na tem, że na końcu trepanu umieszczony jest świder, który robi otwór w czaszce; przez otwór ten wsuwa się do jamy czaszki cały zamknięty trepan, następnie otwiera się i trepanuje dużą dziurę od wewnątrz. Przy użyciu tego trepanu nie potrzeba trzymać główki podczas trepanacyi, bo sam przyrząd trepanując od wewnątrz główkę, trzyma i równocześnie ściąga. *P.*

Ostrčil. **Kilka przypadków niezwykłych porodów.** (*Wiener klinische Rundschau* 1902, Nr. 6—7). Porodów przy wrodzonem zwichnięciu w stawie biodrowym zebrał autor jedenaście: wszystkie te porody były bardzo ciężkie i w większej liczbie zakończyły się śmiercią, najczęściej z powodu następowej posocznicy; w przypadku autora poród ukończony został kleszczami: pacyentka wyzdrowiała. Przypadek drugi dotyczył wieloródki, u której na 40 dni przed zastąpieniem odcięto część pochwową macicy z powodu raka. Poród odbył się o dwa tygodnie wcześniej siłami natury. Przeszkodę stawiał zbliznowaciały otwór pozostałej części przewodu szyi; po założeniu jednak balonu Müllerowskiego otwór ten zupełnie się rozszerzył.

Przypadek trzeci nierozwiązany, zakończony śmiercią, dotyczył ciężarnej, u której na 18 godzin przed śmiercią wystąpiły drgawki. Sekcya i badania bakteryologiczne wykazały *meningitis purulenta c. pneumococco, bronchitis, pneumonia lobularis.* *P.*

Braitenberg. **Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Na podstawie statystyki zebranej na klinice w Insbruku w roku 1887 wysnuwa autor rozmaite spostrzeżenia. Na 8408 porodów było tylko 46 przypadków drgawek, a więc 5·47%. Przypadki te pojawiały się sporadycznie; tylko w jednym miesiącu pojawiło się naraz pięć i to u ciężarnych, pozostających w zakładzie. W przeważnej liczbie drgawki porodowe występowały u pierwiastek, w małej tylko liczbie u wieloródek; u tych było tylko po jednym napadzie, i do tego po ukończeniu porodu.

We wszystkich dłużej spostrzeganych przypadkach, prócz jednego, ilość moczu była zmniejszona z dużą ilością białka. Najczęściej, bo 24 razy, pojawiały się drgawki podczas porodu, rzadziej w połogu (18 razy), a w ciąży tylko cztery razy; przypadki te jednak ze względu na rokowanie są najgorsze, bo śmiertelność wynosi 25%, w porodzie 12·5%, w połogu zaś 0.

W przypadkach podejrzanych działano zapobiegawczo, regulując wypróżnienia i podając dyetę mleczną. Podczas samego napadu leczenie ograniczało się do okładu lodowego na głowę, lewatywy z chloralu i małych dawek podskórnych morfiny (0·015); w cięższych przypadkach nadto podawano lewatywy i stosowano podskórne wstrzykiwania z rozczynu soli. Autor nie ma drgawek porodowych za chorobę zakaźną, ani też za samozatrucie, czy to wytworami ustroju matki, czy też płodu, lecz twierdzi, że same drgawki nie są chorobą, ale tylko objawem chorobowym, objawem oddziaływania ustroju na pewne bliżej nieznane szkodliwości. Podstawy chorobowe mają się znajdować w układzie nerwowym, a jakieś zaburzenia podczas porodu lub ciąży mają być tylko czynnikiem wywołującym. *P.*

M. Oettinger. **O zapaleniu żył w przebiegu drugorzędnej kiły.** *Semaine médicale*, 1902, Nr. 7). Śródbłonek żylny jest podłożem nader podatnem dla powikłań zapalnych w przebiegu chorób zakaźnych. Przyczyny tego leżą częściowo w warunkach anatomicznych (zastawki żylne, liczne anastomozy), częściowo zaś w małej szybkości krążenia, a zatem dłuższem zetknięciu się z materyałem zakaźnym. Jedyny i dotychczas zupełnie niewytłómaczony wyjątek w tym kierunku stanowi kiła. W przebiegu kiły bardzo często spotykamy się z powikłaniami ze strony tętnic: natomiast zmiany chorobowe śródbłonka żylnego należą tu do rzadkości, zwłaszcza jeżeli wykluczymy zmiany w przebiegu kiły trzeciorzędnej, powstałe wskutek sąsiedztwa kilaków, a ograniczymy się do istotnego zapalenia żył pod wpływem jadu kiłowego. Wszystkie te przypadki okazują bardzo wielkie podobieństwo, niemal identyczność, klinicznego przebiegu; przypadek świeżo spostrzegany w szpitalu Broussais może być uważany zatypowy:

Mężczyzna l. 47, z zawodu kowal. Piersi, plecy i tułów pokryte obfitą wysypką brodawkowo-łuskową; podobna wysypka na czole i twarzy. Choroba ma trwać od 6 tygodni. Ślady po wrzodzie pierwotnym dadzą się przedmiotowo stwierdzić. Główną przyczynę przybycia do szpitala stanowią bóle w obu łydkach, uniemożliwiające pracę zawodową. W okolicy stawu skokowego obu kończyn można stwierdzić obrzęk: również po obu stronach w przebiegu żyły odstrzałkowej zewnętrznej (*saphena externa*) znajdujemy postronek twardy, grubości gęsiego pióra, przy ucisku bolesny. Stan ogólny dobry, ciepłota nieco podniesiona, waha się między 37·8°, a 38·4°. Obrzęk znika po 48 godzinach. Pod wpływem leczenia swoistego ciepłota w przeciągu 10 dni opada do prawidłowej, a postronki żylne znikają. Jedyne zaburzenie stanowi nowy naciek, który wśród nowego podwyższenia ciepłoty wystąpił w zakresie dolnej odnogi, lecz i ten szybko ustępuje i chory po 5-ciu tygodniach opuszcza szpital. Autor miał sposobność badać go w jakiś czas potem i mógł stwierdzić, że krążenie wróciło zupełnie do prawidłowych warunków.

Począwszy od roku 1882, w którym Gayraud pierwszy opisał szczegółowo zapalenie żył na tle kiłowem, zanotowano około 25 przypadków o przebiegu zupełnie podobnym do wyżej podanego. Oto ich najwybitniejsze wspólne cechy:

Przedewszystkiem zapalenie żył na tle kiły umiejscawia się prawie wyłącznie w żyłach powierzchownych kończyn (nigdy jednak stopy, ani dłoni) Przypadek zapalenia żyły głębokiej kończyny znamy tylko jeden (Mauriac). Przestrzeń, jaką naciek zapalny zajmuje, bywa rozmaita. W naszym przypadku przebiegał naciek po stronie lewej wzdłuż całej łydki, po prawej tylko wzdłuż dolnej połowy. Średnica postronka żylnego waha się między grubością pióra gęsiego, a grubością cybucha sporej fajki. Bolesność zwykle mierna, odczynu zapalnego sąsiednich tkanek brak.

Drugą również znamienną, choć już nie tak stałą cechą zapalenia żył na tle kiłowem jest wybuchanie w kilku miejscach, bądź równocześnie, bądź w pewnych odstępach czasu (niekiedy kilkotygodniowych). Zajęcie jednej tylko żyły jest bardzo rzadkie. Do dalszych objawów charakterystycznych należy początek nagły. połączony z dość silnym, lecz bardzo szybko przemijającym bólem, Bólów napadowych, zwłaszcza nocnych, tak częstych w przebiegu innych zmian kiłowych, tutaj nie spotykamy. Według znakomitej charakterystyki profesora Fourniera mamy tu do czynienia z „objawami zapalenia żył o przebiegu podostrym, a raczej — powiedzmy dokładniej — początkowo podostrym, prawie natychmiast przechodzącym w typ bezgorączkowy (*aphlegmasique*), zimny, objawiający się tylko naciekiem plastycznym postronka żylnego. Niekiedy przyjmuje choroba ten typ od samego początku i zachowuje go przez cały czas trwania“. Obrzęk zwykle bardzo nieznaczny pod wpływem leżenia w łóżku szybko ustępuje, co wobec licznych anastomoz układu żylnego jest bardzo zrozumiałe. Prawie zawsze spostrzegamy lekkie podniesienie ciepłoty, również każde zajęcie nowej żyły znajduje wyraz w podwyższeniu ciepłoty. Przebieg jest dość powolny, w każdym razie jednak o wiele szybszy, niż w zapaleniach żył na innem tle. Pierwsze objawy zapalne pod wpływem leczenia przeciwkiłowego ustępują bardzo szybko, jednak dla osiągnięcia zupełnej drożności naczyń potrzeba jest przynajmniej trzech tygodni. Dodać należy, że wszystkie dotychczas opisane przypadki zakończyły się wyleczeniem; zatoru lub innego powikłania nie spostrzeżono.

Pozostaje dodać słów kilka co do etyologii i patogenii kiłowego zapalenia żył: pod tym względem wiadomości nasze są dotąd bardzo szczupłe. Że mamy do czynienia z bezpośredniem zakażeniem jadem kiłowym, to zdaje się nie ulegać wątpliwości: inne przyczyny, jak przemęczenie, urazy itp. mogą tylko zakażenie ułatwić: zdarza się ono i u chorych przez dłuższy czas leżących w szpitalu, a zatem ochronionych od wszystkich tych zewnętrznych przyczyn. Za naturą kiłową tego zapalenia przemawia dalej występowanie — prawie bez wyjątku — w kilku żyłach równocześnie, wreszcie — dowód może najsilniejszy — szybka i widoczna skuteczność leczenia przeciwkiłowego.

Zapalenie żył kiłowe pojawia się w przebiegu kiły drugorzędnej, a zatem w czasie pełnego jej rozwoju. Czy mamy tu do czynienia z zakażeniem jadem kiłowym, czy też może samym, dotychczas nieznanym prątkiem kiły, — nie wiemy. Badanie na zwłokach możliwe było w jednym tylko dotychczas przypadku: nie dało ono nam pod tym względem żadnych wyjaśnień. Pod względem praktycznym nieświadomość ta jest dla nas bez znaczenia; to, co wiemy o związku tego rodzaju zapalenia z kiłą, wystarcza nam zupełnie do rozpoznania tej choroby, oznaczenia rokowania i podjęcia leczenia. *Dr. T. Żeleński.*

Hugh Galt. **Nowy sposób przechowywania preparatów anatomicznych.** (*The Lancet*, 16 listopada 1901). Wobec różnych niedogodności, jakie przedstawiają płyny, używane dotychczas do przechowywania preparatów anatomicznych, autor czynił poszukiwania za takimi przetworami, któreby przedewszystkiem nie zmieniały naturalnej barwy preparatów. Po wielu doświadczeniach z najróżnorodniejszemi substancyami, najwięcej wartości przedsta-

wiała dla autora następująca mięszanina: pięć części zwykłej soli kuchennej, po jednej części saletry i wodnika chloralu, i 100 części wody. Ponieważ płyn ten nie posiada prawie zupełnie własności ściągających, więc należy rozpocząć przez poddanie preparatu działaniu przygotowawczemu, jak i przy innych metodach: mianowicie po opłókaniu wodą bieżącą w ciągu kilku godzin, daje się preparat do wyskoku na pewien czas. odpowiednio do wielkości i istoty narządu (od sześciu godzin, do kilku dni): jeżeli preparat jest dużych rozmiarów, lub miękki, dobrze jest dodać 0,5% formaliny. Następnie przenosi się preparat ostatecznie do płynu zachowującego. Z czasem w miejsce wyparowanej wody dolewa się potrochu świeżej. Autor, jako patolog przy wielkim szpitalu w Glasgowie, używał w ciągu dwóch lat wspomnianego płynu i na mocy nabytego doświadczenia bardzo go zachwala.

Przewaga tej metody przechowywania preparatów nad innemi streszcza się w następujących dodatnich szczegółach: 1) Płyn zalecony jest znacznie tańszy od wszystkich innych (wyskoku, formaliny i t. d.). 2) Sposób jego działania jest bardzo prosty. 3) Światło na preparaty tak przechowywane nie wpływa. 4) Zachowanie naturalnej barwy jest pewniejsze i trwalsze, niż przy dawnych sposobach. 5) Składniki, stanowiące podstawę tej cieczy, są łatwo przenośne. 6) Płyn nie ulatnia się łatwo, lecz z biegiem czasu trzeba dodawać wody (jeżeli przeźroczystość utrzymuje się; w razie zaś zmętnienia, co zdarza się rzadko. płyn należy odmienić). 7) Składniki cieczy nie są trujące, lub drażniące. 8) Wpływu na pierwiastki komórkowe tkanek płyn nie ma; okazy drobnowidowe można robić z tych preparatów nawet po upływie długiego czasu. 9) Kurczenie się preparatów bywa bardzo nieznaczne, co zostało udowodnione przy pomocy ścisłego mierzenia.

St. Rudzki (Ptbg.).

Prof. Obrazcow. **Wymacywanie odźwiernika żołądka.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 9). Część odźwiernikowa żołądka rzadko daje się wymacać, gdyż zwykle przykrywa ją wątroba. Na 900 chorych, którzy zgłosili się w roku 1901 do prof. Obrazcowa (Kijów), zdołał on wymacać odźwiernik w 9-ciu przypadkach, czyli w 1%. Część odźwiernikowa zwykle przedstawia się przy obmacywaniu w kształcie walca, leżącego bądź poziomo, bądź ukośnie, w kierunku od góry ku dołowi i od strony prawej ku lewej: leży on na wysokości 2, 3, 5, 7 ctm. nad pępkiem, najczęściej w okolicy prawego mięśnia prostego, i ma grubość palca wskazującego, lub wielkiego. Znamienną cechą tego walca jest to, że zmienia on szybko swoją zbitość, która bywa czasem prawie chrząstkowatą, a wkrótce wiotczeje na tyle, że walec staje się niemacalnym. Te ruchy robaczkowe odźwiernika przewyższają wybitnością swoją ruchy wszystkich innych odcinków przewodu pokarmowego, które są dostępne do obmacywania. Uformowanie się walca następuje w ciągu 3—5 sekund; zbitość jego trwa 5—6 sekund, następnie walec wiotczeje, przyczem występuje w nim kruczenie, wreszcie znika. Po upływie kilku sekund do ½ minuty, lub nawet nieco dłuższego czasu, występuje znów ten sam obraz. Podobne ruchy robaczkowe odźwiernika można spostrzegać nietylko po spożyciu pokarmów, lecz i naczczo.

Oprócz kształtu walca odźwiernik przybiera nieraz kształt twardego, mniej lub więcej okrągłego guza, wielkości orzecha laskowego. Ta postać odźwiernika macalnego zdarza się często w znacznem opadnięciu trzew: guz znajduje się zwykle na 1—2 ctm. nad pępkiem w okolicy prawego mięśnia prostego, blizko od linii środkowej ciała. I w tej postaci spostrzegamy wyraźne ruchy robaczkowe. Znamienną cechą tych ruchów jest to, że im towarzyszy małe burczenie, które wyczuwa się przy obmacywaniu twardego i następnie wiotczejącego guza odźwiernikowego; burczenie to można słyszeć nawet z odległości, jako szczególny pisk, przypominający pisk myszy. W kształcie walcowatym podobny objaw pisku występuje rzadko, burczenie bowiem, które tu słyszymy, nie bywa tak małe. O. tłómaczy ten objaw pisku wyrugowywaniem gazów z zamkniętego podczas skurczu odźwiernika napowrót do żołądka.

Jak walcowatą, tak i guzową postać macalnego odźwiernika należy odróżnić od guza rakowatego i od dwunastnicy. Od guza rakowatego odźwiernik macalny odróżnia się tem, że w nim słyszymy pisk lub burczenie, oraz tem, że przedstawia cechujące zmiany swej zbitości. Trudniejszem jest rozróżnienie odźwiernika od dwunastnicy: w niektórych razach kurczy się nie sam tylko odźwiernik, lecz razem z nim i część żołądka: w takim razie tworzy się długi walec, przypominający dwunastnicę: burczenie podczas wiotczenia skurczonej dwunastnicy także się spostrzegać, jakkolwiek w słabym stopniu. Położenie walca ponad dolną granicą żołądka również nie zawsze zabezpiecza od pomyłki; nie zawsze bowiem może być ono oznaczone odrazu. Jednak położenie walca o 4—8 ctm. nad dolną granicą żołądka przemawia prawie bezwarunkowo przeciwko dwunastnicy. Rozstrzygające znaczenie ma wreszcie następujący objaw: przy umiejscowieniu dwunastnicy pod wątrobą lub w jej okolicy, opukiwanie wątroby daje odgłos stłumiony z odcieniem bębenkowym: przy umiejscowieniu zaś otrzymujemy zawsze bezwzględnie odgłos tępy części oddźwiernikowej żołądka pod wątrobą.

Jakie znaczenie kliniczne ma macalny odźwiernik? Wedle Bouvereta skurcz spastyczny odźwiernika jest najczęstszą przyczyną nerwobólów żołądkowych (*gastralgia*). Spostrzeżenia O. jednak temu przeczą, chorzy bowiem zwykle wcale nie czują skurczów odźwiernika. O. zaprzecza istnieniu związku między omawianym objawem a jakąkolwiekbądź sprawą chorobową podmiotową, oraz przedmiotową. Według O. skurcze spastyczne odźwiernika żołądka należą do zjawisk, zachodzących u każdego zdrowego człowieka. Być może jednak, że w razie zwiększonej kwaśności soku żołądkowego, oraz w opadnięciu żołądka, gdzie przedostawanie się zawartości żołądkowej do dwunastnicy jest utrudnione, skurcze te odznaczają się większą energią i długotrwałością, lecz i w tych przypadkach nie można, zdaniem autora, zaliczać tego objawu do rzędu patologicznych.

Zdarzają się jednak przypadki, w których macalny odźwiernik ma bezwarunkowo znaczenie patologiczne. Na dowód tego prof. Obrazcow przytacza szczegółową historyę choroby jednego podobnego przypadku. Pozwolę sobie przytoczyć go nieco szerzej, jest on bowiem bardzo pouczający.

Chory akademik, w wieku 21 lat, zachorował przed trzema miesiącami: początkowo wystąpiły nudności, które poprzedzało każdorazowo nieprzyjemne uczucie za mostkiem, przypominające skurcze; nudności występowały zwykle naczczo i podczas ruchów; towarzyszyło im niekiedy odbijanie nieprzyjemnej woni; blizko w sześć tygodni przyłączyły się do nudności silne bóle po spożyciu pokarmów, a wreszcie wymioty; wymiociny były prawie zawsze barwy czekoladowej, o silnej woni, przypominającej zapach surowej ryby; krwi w wymiocinach nigdy nie było. Bóle nie ustawały i przy pokarmach wyłącznie płynnych; łaknienie było upośledzone; stolec zaparty; w ciągu trzech miesięcy chory stracił na wadze 15 funtów. Kiły chory nie przebywał, napojów wyskokowych nie nadużywał. Badanie przedmiotowe wykazało: budowa i odżywienie dobre; brzuch nie wzdęty; w położeniu leżącem występuje okresowo z pod prawego łuku żebrowego w okolicy nadbrzusznej guz dobrze macalny, o kształcie walcowatym, szerokości 5 ctm.; kierunek jego od góry, z zewnątrz i od strony prawej ku dołowi, ku wewnątrz i ku stronie lewej; w stronie prawej guz przekracza o 6 ctm. linię środkową ciała; walec jest miernie ruchomy, bolesny przy macaniu; odgłos wypukowy nad nim głuchy z takim odcieniem bębenkowym, jak i w okolicy żołądkowej; dolna granica żołądka wciąż się waha, raz ku górze, to znowu ku dołowi; podobne wahania jej granic idą w parze z występowaniem i znikaniem walca: gdy się walec zjawia, dolna granica żołądka leży na 5—6 ctm. nad pępkiem; gdy zaś walec znika, nie dochodzi na jeden ctm. do pępka: opadania samego żołądka niema. Badanie soku żołądkowego wykryło brak wolnego i związanego kwasu solnego, oraz brak pepsyny i podpuszczki. Inne narządy osobliwych zmian nie przedstawiały. Pod wpływem leczenia chory szybko się poprawił i po upływie dwóch miesięcy nie przedstawiał więcej żadnych nieprawidłowości ze strony żołądka; sok żołądkowy przybral również skład prawidłowy.

Przypadek ten jest nadzwyczaj pouczający pod wielu względami: czynność wydzielnicza żołądka była zupełnie zniesioną (zupełny brak zaczynów żołądkowych i kwasu solnego); w żołądku zachodził szereg jakichś spraw, w których następstwie wytwarzały się substancye o woni surowej ryby — z kategoryi diaminów; najgłówniejszym jednak objawem było wystąpienie w okolicy odźwiernika i odźwiernikowej części żołądka guza o kształcie walcowatym. Tu oczywiście w utworzeniu walca brała udział i pewna część ścian żołądka; stan skurczu spastycznego dotyczył nietylko tej części żołądka, lecz obejmował cały ten narząd, co zdradzało się znacznem podnoszeniem się dolnej jego granicy i zmniejszeniem objętości podczas skurczu odźwiernika. Występował więc w tym przypadku łudząco obraz nowotworu, lecz jak się okazało, nowotworu rzeczonego, ani raka, ani zwyrodnienia włóknistego tu nie było; za tem przypuszczeniem przemawiało znikanie walca podczas badania i dalszy los chorego, który przybrał podczas lata na wadze 19 funtów. Domniemany więc nowotwór przedstawiał spastycznie skurczoną część odźwiernikową żołądka, nerwicę ruchową, jednoczesną z zaburzeniem czynności wydzielniczej żołądka, u osobnika, cierpiącego na ogólną niedomogę nerwową (*neurasthenia*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kossmann. **Prawo lekarza i matki do życia, lub śmierci noworodka.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Autor zastanawia się nad pytaniem, czy wolno lekarzowi za wolą matki, lub bez jej przyzwolenia, zabijać dziecko, byle rozwiązać kobietę w spo-

sób dla niej mniej niebezpieczny. Na podstawie statystyki niemieckiej przeciętny wiek życia dziecka wynosi 37 lat: jeżeli więc rodzić będzie kobieta 20-letnia, a do roku tego przypada przeciętnie jeszcze 40 lat życia, to wartość jej życia zbliżoną jest do wartości życia dziecka. Mniejszą wartość będzie miało życie kobiety rodzącej w 30-tym roku, bo jej przypada przeciętnie jeszcze lat 33 życia, a jeszcze mniejszą ma wartość rodzącej w 40-tym roku, gdyż przeciętnie pozostaje jej 26 lat życia. Jeżeli więc rodzi kobieta starsza, nie należy dla niej poświęcać dziecka, którego lata życia dla społeczeństwa są dłuższe, aniżeli matki, chociażby bowiem matka umarła, to i bez niej dziecko może się wychować. Rozwiązując rodzącą przez wymóżdżenie, nic się nie zyskuje, bo albo kobieta taka chronić się będzie od ponownego zastąpienia, albo gdy już zastąpi, starać się będzie o poronienie, a jeżeli nawet donosi, to i ten poród nie ukończy się prawie napewno siłami natury, ale znowu przez wymóżdżenie. Tylko tam, gdzie mamy pewność, że płód jest źle rozwinięty, obarczony dziedziczną kiłą, lub bardzo omdlały, wolno w celu rozwiązania rodzącej wybierać zabieg korzystniejszy dla niej, chociażby on pozbawiał dziecko życia. Pomimo, że wymóżdżenie jest dla matek zabiegiem lżejszym, odsetek śmiertelności matek wynosi 6—7, przy cięciu zaś cesarskiem wynosi 10%. Zapytuje więc autor, czy wobec 3—4% gorszego rokowania wolno dziecko pozbawiać życia? Na pytanie to daje odpowiedź: „nie wolno poświęcać życie dziecka, tylko zawsze wybrać należy zabieg taki, który dopomoże urodzić się dziecku żywemu, chociażby zabieg ten był dla matki cięższy, a o wybór operacyi nie pytać się matki". W odpowiedzi tej ma autor na myśli cięcie cesarskie, które poleca robić lekarzowi samemu bez asystentów. Lekarz sam, robiący cięcie cesarskie, powinien najpierw się umyć i wszystko do operacyi przygotować: następnie uśpić rodzącą, omyć powtórnie ręce i wykonać cięcie. R. twierdzi, że lekarz taki, który sam cięcia cesarskiego wykonać nie potrafi, nie powinien praktykować. (Szkoda, że autor, który wymaga nawet od lekarzy prowincyonalnych, aby wykonywali cięcie cesarskie, nie podaje, ile takich cięć bez asystentów sam wykonał. *Ref.*). *P.*

K. Skrobanskij. **O zmianach w jajnikach w przebiegu ostrych chorób zakaźnych.** (*Żurnał akuszerstwa* Nr. 10, 1901). Na zasadzie badań 25 jajników kobiet dorosłych i dzieci, marłych na ostre choroby zakaźne (płonicę, błonicę, dur brzuszny, ospę, gruźlicę prosówkową), autor wnioskuje, że ostre choroby zakaźne wywierają swój wpływ na jajniki tak samo, jak i na inne narządy miąższowe, przyczem przyroda zakażenia nie wpływa na rodzaj zmian histologicznych; ani siła zakażenia, ani czas trwania choroby nie stoją w związku ze stopniem zmian chorobowych w jajnikach. Zmiany te dotyczą jedynie miąższu i polegają na tem, że giną pęcherzyki Graafa we wszystkich okresach rozwoju. W młodych pęcherzykach ginie przedewszystkiem jajko drogą rozpadu ziarninowego pierwoszczy i chromatolizy jądra; błona ziarnista pęcherzyka jajnikowego (*membrana granulosa*) przeciwnie długi czas zachowuje swą żywotność: komórki jej mnożą się, z płaskich stają się brukowemi i walcowatemi, mogą nawet wykazać zdolność fagocytów, wreszcie giną, lub — co wątpliwe — przeistaczają się w łączno-tkankowe i zapełniają wnętrze pęcherzyka jajnikowego.

Z. Czaplicki.

Dr. S. Steinthal. **O zapobieganiu skłonności do gruźlicy.** (*Zeitschrift für Tuberkulose* t. II, 1902, Zeszyt 6). Sanatorya i miejsca klimatyczne dotąd celu nie osiągną, dopóki liczba chorych gruźliczych będzie wzrastała równomiernie z zwiększaniem się ludności i póki nie będzie zwalczony słaby rozwój cielesny ludności. Do tego celu prowadzi: 1) uprzystępnienie dla biednej ludności mięsa i tłuszczu i 2) obowiązkowa poprawa higienicznych warunków w mieszkaniach, przeznaczonych dla ubogiej ludności.

Z. Czaplicki.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acetopiryna (*antipyrinum aceto-salicylicum*). (*Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Ostatnie spostrzeżenia Goldmanna, Reichelta, Bolognesiego i Fuchsa potwierdzają w zupełności pomyślne wyniki dawniejszych doświadczeń. Acetopiryna ma działać nietylko przeciwgorączkowo, lecz również znieczulająco i uśmierzająco ból. Szkodliwych skutków nawet przy dłuższem podawaniu nie dostrzeżono. W gruźlicy płuc acetopiryna zwalcza skutecznie gorączkę, nie działając ujemnie na serce i narząd trawienia. Bardzo odpowiednia w grypie z objawami nerwowymi, w gośćcu, bólach głowy w rwie kulszowej i w migrenie. Szybko działa w gośćcu stawowym, nie wywołując objawów żołądkowych i szumu w uszach. W nieżycie oskrzeli uśmierza kaszel, łagodzi bóle, a nawet ma zapobiegać przenoszeniu się sprawy na płuca. Bolognesi poleca acetopirynę w rożczce. Przeciętna dawka dla dorosłych 0·5 na jeden raz, dla dzieci stosownie do wieku 0·10—0·40 na dawkę. Małym dzieciom można podawać w mieszance gumowej. Cena 1 grm. = pięć halerzy.

Dr. T. Ż.

Bizmutoza. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Połączenie białka z bizmutem, które według Laquera (*Ther. der Gegenwart* 1901, czerwiec) i innych badaczy pod względem wartości leczniczej stoi na równi z azotanem bizmutowym zasadowym. Dla działania ściągającego podaje się bizmutozę w nieżytach żołądka o cechach zakaźnych, jak również w ostrym nieżycie przewodu pokarmowego u dzieci. Jako środek osłaniający i łagodzący ma ona zastosowanie we wrzodach żołądka i kiszek, w nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, w niestrawności, w zaburzeniach czynności żołądka na tle nerwowem, w durze, czerwonce i gruźlicy przewodu pokarmowego.

Dzieciom poniżej ½ roku podaje się według Kucka (*Ther. der Gegenwart* 1901, Nr. 11) 1—2·0 bizmutozy co godzinę, dzieciom starszym można podawać lek ten łyżeczkami. Cena 1 grm. = około 20 halerzy.

Dr T. Ż.

Glikosal, nowy przetwór salicylowy, przedstawia się jako biały proszek krystaliczny, nader szybko rozpuszczalny w gorącej i zimnej wodzie, a przewyższający związki salicylowe tem, że nawet przy dłuższem użyciu nie wywołuje szumu w uszach, ani też jakichkolwiek przypadłości żołądkowo-jelitowych. Działanie glikosalu ma być wybitnie przeciwgośćcowe: zarówno po pędzlowaniu 20% roztworem wyskokowym jak i po stosowaniu na wewnątrz, znikają w krótkim czasie obrzęki stawów i bolesność, przyczem zaznaczyć należy, że korzystny skutek występuje jedynie po dawkach wysokich (10—12 grm. dziennie).

Wzory do zapisywania są mniejwięcej następujące:

Rp. *Glykosali 0·50, D. tal. dos. Nr. XX, ad chart. amylac. S. Co ½—1—2—3 godz. jeden proszek, popić wodą mineralną prawdziwą lub sztuczną aż do wystąpienia potów;*

albo:

Rp. Glykosali 30·00. Alcoholi puri 120·00, MDS. do pędzlowania;

albo:

Rp. *Glykosali 4—6—10·00. mucilag. Gum. arab. Aq. dest. aa 100·00, Trae Opii simpl. gutt. V—X—XX. MDS. na dwie lewatywy* (*mieszać*).

Dr. Pisek (Podgórze).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 4/IV 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij, obecnych członków 34.

1. Kol. przewodniczący odczytuje pismo ministerstwa spraw zagranicznych, donoszące o zaproszeniu rządu belgijskiego na Kongres międzynarodowy dla polepszenia bytu ociemniałych, i wzywa członków Tow. do zgłaszania się. Dalej odczytuje przewodn. zaproszenie Rady nadzorczej Tow. lek. galicyjskich na konferencyę w sprawach obchodzących ogół lekarzy, mającą się odbyć w Krakowie 7 kwietnia.

2. Przewodniczący odczytuje pismo »Tow. samopomocy lek«, w Krakowie w tejsamej sprawie. Wreszcie odczytuje przewodn. pismo wiedeńskich studentów medycyny, zapraszające do kupienia pewnej liczby egzemplarzy memoryału, mającego odstraszyć młodzież od zapisywania się na medycynę, i zawiadamia, że wydział postanowił kupić 12 egz.

3. Kol. Mars przedstawia chorą, u której dokonał doszczętnego wyłuszczenia raka macicy wraz z gruczołami według metody Wertheima. Opisawszy dokładnie tę metodę i wskazania, podał, że jestto drugi przypadek, operowany tym sposobem w klinice ginekologicznej; pierwszy, bardzo daleko posunięty, zakończył się śmiertelnie. Dla ilustracyi okazał prelegent preparaty.

4. Kol. Świtalski opisuje nerwiaki rdzenia (*neuromata*) i demonstruje odpowiednie preparaty i rysunki. Zastanawiając się nad patogenezą nerwiaków rdzenia, zbija na podstawie własnych badań dotychczasowe zapatrywanie, jakoby te nowotwory były jużto objawem regeneracyi, jużto bujania włókien nerwowych w rdzeniu, a sądzi natomiast, że nie są one niczem innem, jak wadami rozwojowemi, że są heterotopiami. To zapatrywanie motywuje prelegent jużto samą budową nerwiaków, jużto obecnością innych wad rozwojowych i heterotopii w rdzeniu jego przypadku.

Dyskusya: Kol. Prus podziela zupełnie zdanie prelegenta. Kol. Feuerstein zgadza się również z wywodami kol. Świtalskiego.

i uważa nerwiaki za objaw heterotopii, nie zgadza się jednak na zapatrywanie, że guzy te powstają w późniejszem życiu z zbłąkanych ognisk płodowych, ale raczej, że powstały one we wczesnym okresie rozwoju. Co do nerwiaków poamputacyjnych, o których wspominał kol. Świtalski, że składają się przeważnie z tkanki łącznej, to znamy już dzisiaj przypadki, w których niewątpliwie znajdowano i włókna rdzenne. Kol. Świtalski w odpowiedzi zaznacza, że inne wady rozwojowe, o których wspominał, uważa rzeczywiście za powstałe we wczesnym okresie rozwoju, ale co do nerwiaków nie jest tego pewnym, gdyż napotykał w nich włókna, zachowujące się tak, jak włókna rdzenne w okresie rozwoju osłonki rdzennej, i sądzi na tej podstawie, że powstały one raczej w późniejszem życiu.

Co do włókniaków poamputacyjnych, nie przeczy, że w skład ich wchodzą włókna osiowe i rdzenne, ale tkanka łączna bądź co bądź przeważa.

5. Kol. przewodniczący zawiadamia, że za tydzień odbędzie się dalszy ciąg posiedzenia w sprawie reformy wychowania fizycznego.

6. Kol. Breiter przedstawia przyrząd Dra Polano do leczenia wysięków.

7. Kol. Wiczkowski wygłosił odczyt: »Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenie nerek«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos koll. Obtułowicz, Wechsler, Stroynowski i prelegent. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne dn. 11 kwietnia 1902 r., wspólnie z Tow. pedag. Tow. naucz. szkół wyższych, higienicznem, Związkiem Sokołów i Sokołem lwowskim.

Porządek dzienny: Dyskusya w sprawie reformy wychowania fizycznego.

Kol. Beck podejmuje wniosek nieobecnego kol. Merunowicza, żeby wybrać komisyę, złożoną z delegatów wszystkich Towarzystw, którąby wspólnie obradowała i z elaboratem przyszła przed plenum. Kol. Piasecki przedstawia szereg postulatów praktycznych, nad którymi Komisya ma się zastanowić. W dalszej dyskusyi zabierali głos: Prof. Kalina, radca Fischer, prof. Zagórski, kol. Kadyi, kol. Ziembicki, p. Wałek, Dr. Czarnik i kol. Sołowij. Wniosek kol. Merunowicza, podjęty przez kol. Becka, przyjęto i wybrano do Komisyi: z Tow. nauczycieli szkół wyższych: pp. Kalinę i Bądzyńskiego; z Tow. higienicznego: pp. Merunowicza i Piaseckiego; z Tow. lek. pp.: Becka i Trzcienieckiego; z Związku Sokołów: pp. Durskiego, Cenara, Kwiatkowskiego i Fischera; z Tow. pedagogicznego: pp. Jaworskiego i Szczurkiewicza.

Wniosek prof. Kaliny, żeby Komisya ta mogła kooptować, przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie reformy wychowania fizycznego.

Dzienniki doniosły o ważnych uchwałach, zapadłych na posiedzeniu Wydziału związkowego towarzystw gimnastycznych 13-go kwietnia b. r. Postanowiono wysłać szereg nauczycieli gimnastyki do Zagrzebia dla zapoznania ich z gimnastyką szwedzką; prócz tego postanowiono poddać istniejący u nas system ćwiczeń rewizyi. Rewizyi tej dokonać mają komisye, ustanowione przy większych towarzystwach (każda złożona z lekarza, delegata wydziału i nauczyciela gimnastyki), zapomocą badań nad wpływem fizyologicznym ćwiczeń na przyrządach, nad warunkami zdrowotnymi ćwiczeń i nad wpływem ich na umysł.

Nie czekając na wyniki tych postanowień, należy już dziś wyrazić żywą radość, że nawoływania do reformy systemu ćwiczeń cielesnych, wychodzące od lat kilku ze sfer lekarskich i pedagogicznych, odbiły się echem i w towarzystwach gimnastycznych. Nauczyciele, obznajmieni z systemem szwedzkim, będą z pewnością pożądanym nabytkiem wobec stwierdzonej przez naukę wyższości tego systemu nad niemieckim. Poważne wątpliwości nasuwają się natomiast co do zamierzonych badań naukowych, mających służyć za podstawę rewizyi panujących u nas ćwiczeń.

Już samo ograniczenie rewizyi do ćwiczeń na przyrządach zdradza brak myśli fizyologicznej. Używanie lub nieużywanie przyrządów nie stanowi żadnej granicy fizyologicznego działania i wiele ćwiczeń t. zw. wolnych (n. p. zapasy!) wymaga bardziej rewizyi, niż niektóre ewolucye przyrządowe. Po drugie, twórcy uchwał widać nie zdawali sobie sprawy z metod badania, na których opiera się współczesna nauka o wychowaniu fizycznem. Chronofotografia, wydoskonalona przez Mareya i Demenyego w urządzonej olbrzymim kosztem specyalnej stacyi dla fizyologii ruchów w Parc des Princes pod Paryżem; ergografia A. Mosso i jego uczniów; sfigmografy, sfigmomanometry, pletysmografy i t. d.: oto szereg przyrządów i metod, które muszą dziś być stosowane, jeśli idzie o otrzymanie ścisłych wyników.

Metody te mogłyby u nas częściowo być zastosowane, lecz tylko w dwóch miastach uniwersyteckich z pomocą pracowni fizyologicznych. Lekarze, mający prowadzić badania, musieliby przebyć poważne wstępne studya nad metodami samemi. W ten sposób i my moglibyśmy dołożyć cegiełkę do gmachu wiedzy. Czy jednak badania, prowadzone w miastach prowincyonalnych, a więc oczywiście bez koniecznych przyrządów, nieścisłemi metodami i przez lekarzy-praktyków, niewyszkolonych w pracowni fizyologicznej, mogą być podstawą rewizyi systemu ćwiczeń? Śmiało możemy odpowiedzieć, że przeprowadzone w takich warunkach będą one tylko stratą czasu i kompromitacyą polskiej nauki. Uchwała zapadła we Lwowie, który posiada katedrę fizyologii. Jakaż szkoda, że nie zasięgnięto opinii znawców!

Towarzystwa gimnastyczne nie są instytucyami naukowemi i nie można wymagać od nich zgody z postulatami wiedzy. Obowiązkiem jednak sfer naukowych jest służyć im radą, gdzie potrzeba. I dlatego już zawczasu, nie czekając na ukazanie się zapowiedzianego regulaminu badań, postanowiłem zabrać głos dla wykazania błędów zasadniczych, których żaden regulamin nie usunie.

Na zachodzie stworzono podwaliny dla umiejętności wychowania fizycznego, a wyniki dotychczasowych prac streszczają się w dwóch postulatach: szerokiego uwzględnienia „gier" ruchowych, oraz reformy gimnastyki na wzór szwedzki. Nam pozostaje albo przyjęcie tych wyników, albo dalsza praca równie ścisłemi, lub lepszemi metodami. *Tertium non datur.* *Dr. Eugeniusz Piasecki.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 maja.

* Otrzymujemy dwa następujące pisma z prośbą o ogłoszenie:

»W celu postawienia pomnika w Białobożnicy śp. prof. dr. Borysiekiewiczowi zawartą została umowa z rzeźbiarzem p. Stan. Czapkiem, kuzynem śp. prof., znanym zaszczytnie z kilku prac (pomnik Żółkiewskiego i Sobieskiego w Żółkwi). P. Czapek zobowiązał się do końca czerwca b. r. postawić pomnik z kamienia trembowelskiego i wmurować tablicę pamiątkową w miejscowej cerkwi za kwotę 1260 kor., na co otrzymał zaliczkę w kwocie 500 koron. Resztę z zebranej na ten cel kwoty 1468 kor. 68 h. ulokowano na razie w powiatowej Kasie oszczędn. w Buczaczu na książeczce Nr. 398. Pozostałość po zapłaceniu należytości p. Czapkowi użytą zostanie na założenie ogródka przy pomniku (208 kor.). Nadzór nad budową przyjęli na siebie uproszeni: X. dziekan Jan Michalewicz i p. Franciszek Borysiekiewicz, obaj zamieszkali w Białobożnicy«.

Buczacz 23 kwietnia 1902. Za Komitet:
Radca ces. *Dr. E. Krzyżanowski.*

»Komitet instytucyi Zjazdów lekarzy okręgowych przedstawił się d. 18 kwietnia b. r. Wydziałowi krajow., w celu osobistego przypomnienia próśb i podań, wniesionych w roku 1900, a dotyczących zmiany ustawy dla gminnej służby zdrowia z r. 1891, z uwzględnieniem wniosków Wys. c. k. krajowej Rady zdrowia z dnia 8 listopada 1901, L. 9. 12, 24 kr. Rada zdr. — i przedłożenia ich na zbliżającej się sesyi Wys. Sejmu«. Za Komitet *Dr. Natter.*

* Wydział krajowy postanowił przedstawić cesarzowi tymczasowego dyrektora powszechnego szpitala lwowskiego, dr. Józefa Staszewskiego, do ostatecznej stabilizacyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w uniwersyt. Jagiell. otrzymali: Wilhelm Machauf, Jan Stopczański i Leon Rapoport.

* Komitet gospodarczy I-go egipskiego Kongresu lekarsk. (który odbędzie się od 19 do 23 grudnia 1902 r.) zawiadamia, że członkom tego Kongresu przyznane zostały następujące zniżki: 35 do 50% obniżają koszta podróży wszystkie Towarzystwa żeglugi, obsługujące wybrzeża Egiptu; 50% zniżki dają egipskie koleje żelazne; wszystkie

większe hotele w Kairze również obniżają cenę pobytu o 25%; wreszcie Towarzystwo podróży światowych firmy Cook zniża o 50% koszta wycieczek po Nilu i do górnego Egiptu. — Specyalne bilety dla pań, które również będą mogły korzystać z wyżej przytoczonych ustępstw, wydawane będą bezpłatnie na żądanie członków rzeczywistych Kongresu.

* Między 16 a 22 kwietnia doniesiono władzy tylko o dwóch przypadkach ospy w powiecie gorlickim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (3 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwornańskim (3 gm.), niskim (1) gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm), stanisławowskim (2 gm:), tarnopolskim (1 gm), tłumackim (2 gmin.), trembowelskim (1 gm), zaleszczyckim (3 gm).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 128; w tygodniu poprzedzającym 89.

* IX-ty Zjazd południowo-niemieckich laryngologów rozpocznie się w Heidelbergu 19 maja.

* W Bernie odbędzie się od 1 do 6 września b. r. międzynarodowy Kongres dla medycznej elektrologii i radiologii.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Capaldi mian. został prof. ginekologii w Neapolu. Dr. Moritz mian. profesorem i kierownikiem kliniki lekarskiej w Gryfii.

Nekrologia. Dr. Stanisław Paczkowski, lat 65, zmarł w Pelplinie. Dr Wład. Tadeusz Rodzoń, lekarz okręgowy w Próchniku, zmarł w 32 r. życia. Dr. Bruzelius, prof patologii i terapii, zmarł w Stokholmie. W Wrocławiu zmarł prof. dentystyki dr. Bruck.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 17. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17. Chvojka: O gynaekologické masáži. Remeš: Několik případů z praxe (dok.).

— *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der practischen Medizin.* Prof. Dr. Carl Bayer. **Zur Pathologie und Therapie der Darmstenose.**

Autor podaje w swej pracy szereg przypadków z własnej praktyki niedrożności jelit różnej natury, które uzupełnia uwagami rozpoznawczemi i leczniczemi bez ogólniejszego znaczenia. Podział, klasyfikacya, etyologia zgodne z ustalonemi zasadami. *Z. Cz.*

— W Paryżu wyszedł pierwszy zeszyt dwumiesięcznika p. t. „Revue d'Hygiene et Médecine infantile«, na którego czele stoi Dr. Rotschild. Pierwszy ten zeszyt zawiera cenne prace: Josiasa, Fourniera i Rotschilda, oraz bogaty dział sprawozdawczy z pedyatrycznego piśmiennictwa francuskiego i zagranicznego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. J. Jaworski i Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. H. Cybulski: Wskaźnik gruźlicy u nas. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hydromyelią (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 32. Barié: O koniuszku serca i okolicy szczytowej.

Nr. 32. Netter: O wstrzykiwaniach zapobiegawczych (prewencyjnych) surowicy przeciwbłoniczej w rodzinie.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 17. Ribbert: Geneza gruźlicy płucnej. Gowers: Myastenia i oftalmoplegia (dok.) Hamel: O godnym uwagi przypadku niedokrwności złośliwej (dok.) Pariser: Uwagi nad leczeniem wrzodu żołądka (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Rille: Choroby skórne występujące po używaniu przetworów arsenowych. Brandweiner: Leczenie zimnem wrzodu miękkiego Sachs: Doświadczalne badania z odkażaniem moczu. Jellinek: O wpływie elektryczności na ustrój zwierzęcy (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Dyce Duckworth: Kliniczna doniosłość czynnika osobniczego w chorobie. Lepine: O istnieniu leukomanów, pochodzących z cukrzycy. Pel: Współistnienie gośćcowego zapalenia wszystkich stawów z durem brzusznym. Sahli: O nowym sposobie badania czynności żołądka. Petersen: Gruźlicze schorzenie skóry i jego stosunek do narządów wewnętrznych. Ascoli: O nadliczbowem tętnie żylnem. Hocke: O obrazie chorobowym, przypominającym kompleks objawów Bantiego, wywołanym najprawdopodobniej przez kiłę wrodzoną. Kovács: Doświadczalny przyczynek do działania wdychiwań tlenu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Serafini: O śródżylnem wstrzykiwaniu sublimatu. Kilka uwag i kilka doświadczeń. Jodlbauer: Czy działanie jodu w stwardnieniu tętnic jest farmakologicznie uzasadnione? Wiener: Osobliwy przypadek uwięźnięcia macicy w krążku. Stöltzing: Palce pałeczkowate i zanik ostatniej falangi. Teschemacher: Schorzenia trzustki a cukrzyca. Rosenbaum: O rozpoznawczem znaczeniu naczyniaków skórnych. Meyer: Wsteczne tętno sprychowe. Marx: O znaczeniu chininy w leczeniu ran. Köster: Przypadek dotychczas nieopisanej lokalizacyi porażenia ołownego (dok.). Placzek: O nowej próbie płucnej.

Redakcya otrzymała. Frommer: 1) Zur Casuistik der Anormalien des Dickdarmes. 2) Die intoxication bei Gebrauch der Jodoform-Glycerin-Emulsion. 3) Knochenkohle als Ersatz für Jodoform. Dr. Steinsberg: Franzensbad i jego środki lecznicze. Karwacki. Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 6 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O komórkowej teoryi odporności“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Kursy uzupełniające dla lekarzy

urządzone przez

Wydział lekarski Uniwersytetu we Wrocławiu.

Zgłoszenia i zapytania (żądania o spis wykładów) adresować należy do sekretarza **Prof. Neissera, Wrocław XVI. Maxstr. 1.**

Od poniedziałku 7 lipca do środy 23 lipca *odbędą się w zakładach i klinikach uniwersytetu wrocławskiego następujące wykłady i praktyczne ćwiczenia dla lekarzy:*

Filehne: Farmakologia i toksykologia (wykład z doświadczeniami). 10 godzin. — **Ruschhaupt:** O leczeniu kąpielami 5 godzin. — **Flügge:** Odporność i uodpornienie. 4 godz. — **Flügge:** Kurs diagnostyki bakteryologicznej. 25 uczestników. 10—12 godz. — **Hasse:** Anatomia topograficzna. 4 godziny. — **Thilenius:** Antropologia z uwzględnieniem medycyny praktycznej. 5 godz. — **Schaper:** Kurs histologii z demonstracyami. 10 godzin. — **Hürthle:** Wykłady połączone z doświadczeniami niektórych zagadnień fizyologicznych. 12 godzin. — **Hürthle i Jensen:** Fizyologiczny kurs praktyczny badania krwi i krążenia krwi. 10 godz. — **Röhmann:** Fizyolog.-chemiczne sposoby badania. 15 godzin. — **Lesser:** Medycyna sądowa (z demonstracyami) 6 godzin. — **Ponfick:** Demonstracye anatomo-patolog. 6 godzin. — **Ponfick i Henke:** Sekcye. 10 godzin. — **Czerny:** Choroby dzieci. 6 godzin. — **Thiemich:** Praktyczny kurs chorób dzieci. 6 godzin. — **Kast:** Choroby wewnętrzne. 10 godzin. — **Kast i Krause:** Kurs praktyczny chorób wewnętrznych z leczeniem. 9 godzin. — **Krause:** Röntgografia. 9 godzin. — **Schmid:** Badania chemiczne i drobnowidowe w przebiegu chorób wewnętrznych. 14 godzin. — **Kümmel i Hinsberg:** Diagnostyka i leczenie chorób ucha, nosa i krtani. Liczba uczestników najwyżej 12. 12 godz. — **Küstner:** Choroby kobiece. 10 godzin. — **Dienst:** Kurs położniczy. 10 godzin. — **Sticher:** Diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych. 12 godzin. — **Mikulicz:** Chirurgia 10 godzin. — **Henle:** Mała chirurgia w praktyce stosowana. (Liczba uczestników ograniczona) 12 godzin. — **Kausch:** Diagnostyka chirurgiczna (Liczba uczestników ograniczona) 8 godz. — **Mikulicz i Henle:** Kurs operacyjny (Liczba uczestników ograniczona) 15 godz. — **Drehmann:** Mięsienie i mechanoterapia (z demonstracyą, liczba uczestników ograniczona) 12 godz. — **Neisser:** Choroby skórne. — **Neisser z asystentem:** Diagnostyka i leczenie rzeżączki z demonstracyą. 6 godz. — **Partsch:** Choroby jamy ust i zębów. (Liczba uczestników 10) 8 godzin. — **Richter:** Chirurgia wojenna 6 godzin. — **Stern:** Poliklinika chorób wewnętrznych. 9 godzin. — **Stern:** Odżywianie w chorobach narządu trawienia i w chorobach przemiany materyi 9 godzin. — **Uhthoff:** Klinika okulistyczna. 10 godzin. — **Heine:** Kurs badania wziernikiem i badania refrakcyi. 9 godzin. — **Wernicke:** Klinika chorób nerwowych. 10 godzin. — **Storch:** Psychyologia medyczna 8 godzin. — **Förster:** Elektrodiagnostyka i terapia. 8 godzin. — **Bonhoeffer:** Psychiatria sądowa 6 godzin.

W kursach uczestniczyć może tylko ograniczona ilość słuchaczy, należy przeto zgłosić się najpóźniej do 1-go czerwca.

Mikulicz-Radecki. Filehne. A. Neisser.

KONKURS.

L. 553.

Celem obsadzenia posady akuszerki okręgowej z siedzibą **w Łomnie** ogłasza się konkurs.

Płaca akuszerki okręgowej ustanawia się na 240 koron rocznie w miesięcznych ratach płatne.

Petentki wykazać się mają egzaminem szkoły położniczej, metryką chrztu, świadectwem moralności i świadectwami dotychczasowej praktyki.

Udokumentowane i ostemplowane podanie wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce po dzień 15-go maja 1902.

Wydział Rady powiatowej

Turka, dnia 10 kwietnia 1902.